

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ
LIMITE ET L'ÉTAT DE STRESS POSTTRAUMATIQUE
COMPLEXE – UNE RÉVISION CRITIQUE

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
MÉLANIE BEAUMONT

JANVIER 2020

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Daniela Wiethaeuper, Ph.D., directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Daniela Wiethaeuper, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Julie Maheux, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Alexa Martin-Storey, Ph.D.

Université de Sherbrooke

Sommaire

La négligence et les traumatismes psychiques durant l'enfance semblent être des facteurs étiologiques déterminants dans le développement d'un nombre important de troubles psychologiques. Parmi l'ensemble des possibilités diagnostiques à l'âge adulte, le trouble de la personnalité limite (TPL) est celui qui retient le plus l'attention des cliniciens et des centres de services sociaux (Bouchard, 2010; Gunderson & Hoffman, 2005; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004; van Asselt, Dirksen, Arntz, & Severens, 2007). Cependant, il semble que bon nombre d'individus ainsi diagnostiqués présentent en fait une symptomatologie beaucoup plus complexe, ce que bon nombre de cliniciens définissent par l'état de stress posttraumatique complexe (ESPTC). Les similitudes des tableaux cliniques de ces deux diagnostics présentent des difficultés pour les thérapeutes, et ce, tant au plan de l'étiologie, du diagnostic que du traitement à privilégier. Ce présent essai consiste en une révision critique des concepts théoriques ainsi que d'articles empiriques portant sur le nouveau diagnostic d'ESPTC, et ce, en lien avec celui du TPL. Quelles sont les différences et similitudes entre le TPL et l'ESPTC? Ce relevé de littérature a pour finalité de départager le TPL de l'ESPTC à la lumière de concepts d'attachement, de mentalisation, de régulation des affects, ainsi que des critères diagnostiques établis selon le DSM-5 (APA, 2013) et selon la CIM-11 (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2018). La recension des écrits démontre que les diagnostics de TPL et d'ESPTC présentent beaucoup de similarités, autant du point de vue de leur étiologie que de leurs critères diagnostiques. Pourtant, les résultats des recherches

développementales permettent de mettre en lumière que les distinctions se rapportent aux modèles internes opérants (MIO) de ces individus.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	viii
Remerciements.....	ix
Introduction	1
Méthodologie	4
Chapitre 1. Attachement, mentalisation et régulation des affects	5
Théorie de l'attachement.....	6
Modèles internes opérants.....	9
Développement du processus d'attachement	11
Première phase	12
Deuxième phase	13
Troisième phase	14
Quatrième phase	14
Styles d'attachement	16
Théorie de la mentalisation	19
Principaux concepts	21
Organisation du soi	22
Cartographie représentationnelle	24
Développement de la mentalisation ou de la fonction réflexive	26
Mécanisme interprétatif interpersonnel (MII)	30
Types de mentalisation	32

Théorie de la régulation des affects	34
Développement de la capacité de régulation affective	37
Développement émotionnel	37
Développement normatif de l'autorégulation affective	41
Stratégies de régulation affective.....	43
Stratégies d'autorégulation et attachement	43
Développement des stratégies secondaires	46
Chapitre 2. Trouble de la personnalité limite.....	50
Évolution des considérations théoriques menant à la définition du diagnostic du TPL	51
Définition du TPL	54
TPL selon la théorie psychodynamique	54
TPL selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux	58
Attachement, mentalisation, régulation affective et TPL	61
Attachement et TPL	61
Mentalisation et TPL.....	63
Régulation affective et TPL	64
Chapitre 3. État de stress posttraumatique complexe.....	67
Évolution du concept du diagnostic d'ESPTC.....	68
Études supportant l'inclusion du diagnostic dans la CIM-11	72
Vers une définition.....	80
Définition de l'ESPTC dans la CIM-11	85
Attachement, mentalisation, régulation affective et ESPTC	87

Attachement et ESPTC	87
Mentalisation et ESPTC	88
Régulation affective et ESPTC	89
Chapitre 4. Études comparatives	92
Études comparatives menées avant l'unification de la définition de l'ESPTC dans la CIM-11 (OMS, 2018)	93
Études et publication comparatives menées sur le TPL et l'ESPTC	97
Récapitulatif des études menées sur les distinctions entre le TPL et l'ESPTC	101
Discussion	103
Forces, limites et impacts cliniques	109
Perspectives de recherches	110
Conclusion	112
Références	114
Appendice A. Complément d'informations concernant les divers types d'attachement	139
Appendice B. Critères diagnostiques proposés pour le TPL : un modèle alternatif	152

Liste des tableaux

Tableau

1	Critères diagnostiques proposés pour l'ESPTC	81
2	Les résultats des études les plus récentes avant l'inclusion de l'ESPTC dans la CIM-11	83
3	Définition des divers types d'attachement selon les apports théoriques de Shaver, Mikulincer et Pereg	140

Remerciements

De prime abord, ma gratitude va à ceux qui m'ont soutenue et qui ont été présents durant mon cheminement.

Je remercie ma directrice d'essai, la professeure Daniela Wiethaeuper, Ph.D., de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa disponibilité et ses précieux conseils. Je me considère privilégiée d'avoir bénéficié de son expertise.

Je remercie également Julie Maheux, Ph.D., professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui a accepté d'être évaluatrice interne et membre du comité doctoral.

Mes remerciements s'adressent aussi à la professeure Alexa Martin-Storey, Ph.D., de l'Université de Sherbrooke qui a accepté d'être évaluatrice externe et membre du comité doctoral.

Introduction

Les différents types de mauvais traitements durant l'enfance semblent être des facteurs étiologiques déterminants dans le développement d'un nombre important de troubles psychologiques. Ils induisent différents types de problèmes qui peuvent avoir d'importantes répercussions au plan psychologique. Il est généralement admis que les traumatismes développementaux peuvent conduire à des difficultés d'adaptation et à des troubles psychopathologiques (Sroufe, 1997, 2009). D'ailleurs, il apparaît que peu importe le type de trauma subi, quatre caractéristiques reliées au trauma en enfance persistent à travers le temps : les individus traumatisés doivent composer avec des souvenirs de l'événement traumatique qui reviennent sous différentes formes ainsi que des peurs spécifiques liées au(x) trauma(s), ils adoptent des comportements répétitifs et un changement s'observe quant à leurs attitudes face aux personnes, à la vie et au futur (Terr, 1991).

Ces caractéristiques ne sont que quelques exemples de répercussions d'un ensemble possible de (més) adaptations développementales, donnant naissance à divers développements de la personnalité. Parmi l'assortiment de possibilités diagnostiques, engendrées par les traumatismes développementaux, à l'âge adulte, le trouble de la personnalité limite s'avère le plus onéreux pour le système de santé (Bouchard, 2010; Gunderson & Hoffman, 2005; Lieb et al., 2004; van Asselt et al., 2007). Cependant, il semble que bon nombre d'individus ainsi diagnostiqués présentent en fait une

symptomatologie beaucoup plus complexe. En 1992, Herman a été la première à décrire ce syndrome observé chez des individus ayant survécu à des traumatismes de nature prolongée et répétée et à proposer le terme d'état de stress posttraumatique complexe (ESPTC) pour y faire référence.

Les tableaux cliniques de ces deux diagnostics présentent tellement de similitudes, aux plans de l'étiologie et des critères diagnostiques, qu'il est d'autant plus difficile pour les cliniciens de les départager et d'émettre le bon diagnostic.

Cet essai consiste en une révision critique des concepts théoriques ainsi que d'articles empiriques portant sur le nouveau diagnostic d'ESPTC, et ce, en lien avec celui de TPL. Comment différencier le trouble de la personnalité limite (TPL) de l'état de stress posttraumatique complexe (ESPTC)? La recension des écrits avait pour objectif de distinguer le TPL de l'ESPTC suivant les perspectives de la théorie de l'attachement, de la mentalisation et de la régulation des affects ainsi que des critères diagnostiques établis selon le DSM-5 (APA, 2013) et selon la Classification statistique internationale des maladies (CIM-11; OMS, 2018) et de discerner s'ils appartiennent à la même organisation de la personnalité.

Une revue des écrits théoriques portant sur le développement en enfance sera produite afin de présenter de manière critique les études sélectionnées permettant de distinguer le TPL de l'ESPTC.

Méthodologie

Elle se base sur une recension des écrits faite à partir de la base de données *PsychInfo*, l'ensemble des articles parus et comprenant les mots clés suivants : *attachment, mentalization, affect regulation, borderline personality disorder et complex posttraumatic stress disorder* ont été sélectionnés. Cependant, les thèses doctorales ont été omises et seuls les articles et les études les plus souvent citées ont été retenus. Ainsi, la recension regroupe des articles publiés dans les périodiques, des publications révisées et évaluées par les pairs ainsi que des ouvrages scientifiques.

L'essai comprend six divisions. Le premier chapitre définit et situe les différentes sphères du développement de l'enfant par l'entremise des apports des théories de l'attachement, de la mentalisation et de la régulation affective. Le second chapitre porte sur les contributions théoriques de différents auteurs concernant le TPL, la définition de ce trouble selon le DSM-5 (APA, 2013) ainsi que sur les caractéristiques relatives aux concepts abordés. Le troisième chapitre présente les avancées théoriques concernant l'ESPTC, la définition de ce trouble selon la CIM-11 (OMS, 2018) ainsi que les caractéristiques relatives aux concepts abordés. Le quatrième chapitre concerne les études comparatives portant sur ces deux diagnostics. Enfin, la Discussion et la Conclusion suivront ce dernier chapitre.

Chapitre 1
Attachement, mentalisation et régulation des affects

Les grandes théories du développement du siècle passé, par leur acharnement à défendre l'idée que la qualité des expériences vécues durant la petite enfance contribue à former l'adulte de demain, ont largement contribué à l'essor de la compréhension du développement de la personnalité et de ses ressources. Ce premier chapitre présente les apports théoriques des principaux chercheurs qui se sont attardés aux différentes sphères du développement social, cognitif et émotionnel de l'enfant. L'une des contributions majeures du siècle dernier est la théorie de l'attachement élaborée par John Bowlby (1969) qui souligne l'importance de la qualité du lien de l'enfant à ses parents dans le développement optimal de celui-ci.

La première section de ce chapitre traite de la théorie de l'attachement en présentant d'abord le concept général ainsi que les principaux concepts liés à celui-ci, puis illustre le concept des modèles internes opérants, pour ensuite aborder le développement du processus d'attachement de l'enfant ainsi que les différentes catégories s'y rapportant.

Théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement élaborée par John Bowlby est au centre des recherches sur le développement social, cognitif et affectif de l'enfant. Celle-ci fut inspirée des travaux de Harlow et Zimmermann (1958), Lorenz (1935) et Winnicott (1965), et

ultérieurement des recherches de Mary Ainsworth, Blehar, Waters et Wall (1978) qui introduisent la notion de havre et de base de sécurité.

Les travaux de John Bowlby (1969), basés sur ses études éthologiques concernant les besoins biologiques et de survie des jeunes primates et sur ses observations de jeunes enfants négligés, démontrent l'importance critique de l'attachement stable et sûr, et ce, tant chez les humains que chez les primates. Un tel attachement, basé sur la disponibilité et la réceptivité du donneur de soins, offre la protection contre la surstimulation et la menace. Il enseigne les habiletés requises dans les interactions sociales et dans d'autres aspects de la vie, active autant le développement que la régulation physique et psychologique, et fournit le fondement pour un développement équilibré; une base sûre à partir de laquelle l'enfant explore le monde et à laquelle il retourne pour trouver refuge lorsqu'il est bouleversé ou menacé d'une manière ou d'une autre (Pearlman & Courtois, 2005).

Le principe de base de la théorie de l'attachement stipule que l'enfant a besoin de développer une relation d'attachement, un lien affectif, avec au moins une personne qui prendra soin de lui de façon cohérente et continue afin de consolider son développement social, cognitif et affectif. Cette relation est donc indispensable pour l'évolution physique et psychologique de l'enfant.

Bowlby souligne (1958) qu'au cours du développement et à différents moments, des comportements qui caractérisent l'espèce (groupes ou systèmes), à l'origine relativement indépendants les uns des autres, deviennent interdépendants et centrés sur la « mère », principal objet, servant à unir la mère à son enfant et l'enfant à sa mère.

Autrement dit, à sa naissance, l'enfant vulnérable est prédisposé génétiquement (Ainsworth, 1973) à rechercher et établir une relation de proximité avec un adulte protecteur, c'est-à-dire que l'enfant vient au monde équipé d'un nombre de systèmes prêts à être déployés lors des stimulations environnementales. Chacun de ses comportements dits d'attachement (sucrer, attraper, suivre, pleurer et sourire), dont le but est la sécurité ressentie, a une valeur adaptative; la survie de l'espèce.

La prochaine sous-section de ce chapitre abordera l'une des principales contributions de la théorie de l'attachement qui est le concept de « modèles internes opérants » (MIO), concept emprunté au psychologue cognitiviste britannique, Kenneth Craik (1943). La théorie de l'attachement stipule que l'enfant développe des MIO, sur la base des interactions qu'il entretient avec ses parents, et plus particulièrement sur la sensibilité que ses parents accordent à ses besoins.

Modèles internes opérants

Les MIO sont en quelque sorte l'équivalent des schèmes de Piaget (1937) et se construisent suivant le principe d'assimilation¹. À partir du moment où l'enfant forme des représentations, si rudimentaires soient elles, il devient en mesure d'intérioriser ses interactions, séparément de ce qui se produit dans le présent. Cette élaboration renvoie au concept connu sous l'appellation de « modèles internes opérants ». Simultanément, l'enfant forme un modèle de lui-même et d'autrui qui se construit à partir du regard de « sa mère », reflet de ce qu'il construira comme représentation interne de lui-même (Bowlby, 1969). Le modèle de soi correspond à la perception qu'il a de lui-même comme étant plus ou moins aimé et digne d'être aimé alors que le modèle d'autrui renvoie à sa perception des autres comme étant plus ou moins attentifs et sensibles à ses besoins (Miljkovitch, 2009). Ces modèles, l'enfant les développera à partir des interactions qu'il aura avec les « membres de sa famille »², qui lui faciliteront l'accès à une compréhension et à une interprétation du comportement de ses proches (mentalisation).

Au fil de ses interactions avec la figure d'attachement et de ses expériences précoces, l'enfant intériorise des séquences d'événements (mémoire procédurale)

¹ Le principe d'assimilation de Piaget renvoie au processus par lequel une réalité extérieure est intégrée à un schème. Pour de plus amples informations au sujet du constructivisme piagétien où l'adaptation s'opère suivant les mécanismes d'assimilation et d'accommodation se référer au livre de Piaget intitulé « La naissance de l'intelligence chez l'enfant ».

² Cette expression est mise entre guillemets puisqu'elle renvoie à une évaluation qui n'est pas nécessairement contrainte aux liens de sang. « Les membres de sa famille » sont en fait les individus avec lesquels l'enfant développe un lien d'attachement.

associées à des affects ressentis lors de ces événements et adapte son comportement à la lumière de ses expériences passées. Il développe progressivement un système de pensées, de souvenirs, de croyances, d'attentes, d'émotions et de comportements à propos de lui-même et des autres; il développe des modèles de relation. Ces modèles lui permettent de comprendre et d'interpréter le comportement de ses proches et le guident dans sa façon de percevoir et de se conduire dans ses relations interpersonnelles. Ils soutiennent l'émergence de la perception que l'enfant a de sa propre valeur et la perception qu'il a de la capacité des autres à se montrer accessibles et sensibles à ses propres besoins affectifs et à y répondre adéquatement. Ces modèles, nommés « modèles internes opérants », continuent à se développer et à se modifier avec le temps et l'expérience. Dans un premier temps, le modèle s'accommode aux interactions vécues pour se constituer, puis, dans un second temps, les nouvelles expériences sont assimilées au modèle existant. Afin d'alléger le traitement de l'information, l'individu effectue, de manière automatique et non consciente, une exclusion sélective de certaines informations, et ne conserve que celles qu'il estime indispensables à la poursuite de son objectif suivant la fonction biologique prédominante de l'attachement. En somme, ces modèles représentationnels contiennent les particularités des expériences interpersonnelles associées à leurs expériences affectives respectives et ont pour fonction de guider les actions dans le présent et d'anticiper les événements ou interactions futurs à la lumière de ce qui s'est généralement produit dans le passé (Bowlby, 1969, 1980). La principale fonction des MIO est d'organiser de la manière la plus flexible possible le comportement de l'enfant.

Afin d'illustrer le développement de ces modèles et du lien d'attachement, la prochaine sous-section de ce chapitre présentera le développement du processus d'attachement.

Développement du processus d'attachement

Bowlby (1969) souligne que le nourrisson est capable d'intérioriser des séquences d'événements et d'adapter son comportement en conséquence, bien qu'il ne soit pas au stade de construire des structures symboliques à partir de ses interactions. À cet âge, cette faculté ne s'applique qu'à ses observations de son monde environnant. Il lui est donc impossible de se représenter des choses qu'il ne perçoit pas dans l'immédiat. Ses réactions sont donc quasi-totalement dépendantes des séquences interactives qui lui sont fournies par l'environnement dans lequel il se développe (Pipp, 1990; Thompson, 2008). Et de fait, dans ses premières années de vie, l'enfant a comme seuls moyens de communication l'expression de ses émotions et leurs réceptions.

Durant les premières années de vie, l'enfant, par ses comportements d'attachement, tente d'élucider chez la figure d'attachement un comportement de soins (« *careseeking role* »). Le comportement rattaché à ce dernier ayant une fonction complémentaire de protéger l'individu attaché, est celui de prodiguer des soins (« *caregiving role* »). Les facteurs déterminants de la qualité de ce rôle sont la proximité physique et la disponibilité émotionnelle. Au fil du développement de l'enfant, le fait de savoir que le

donneur de soins est potentiellement disponible devient progressivement aussi efficace que la proximité concrète.

Afin de progresser dans cette voie, Ainsworth (1973) et Bowlby (1969) proposent quatre phases dans le développement de l'attachement qui sont présentées dans la sous-section qui suit. Les trois premières s'effectuent au courant de la première année de vie alors que la quatrième s'installe vers le troisième anniversaire de l'enfant.

Première phase. La première phase est la phase de capacité à répondre socialement de façon indiscriminée ou phase de pré-attachement (8 à 12 semaines). Durant cette période, l'enfant qui, au départ, peine à différencier les individus (autre aux plans olfactif et auditif), tente d'obtenir l'intérêt et les soins, à l'aide de comportements instinctifs, des humains, en général, afin de favoriser la proximité, le contact physique, la nutrition et la chaleur humaine. Les premières interactions entre l'enfant et sa figure d'attachement ont pour objectif de favoriser le développement d'interactions prévisibles, de minimiser l'intensité ainsi que la fréquence des comportements d'attachement et d'éliciter d'autres comportements tels que les sourires ou le contact visuel, c'est-à-dire que durant les premières semaines de vie de l'enfant, ce dernier et sa figure d'attachement s'accordent afin que l'enfant puisse exprimer ses besoins et que sa figure d'attachement parvienne à y répondre adéquatement. Autrement dit, à force d'interactions, lorsque l'enfant envoie un signal particulier (crier) à sa mère, celle-ci en vient à déduire son besoin, ce qui lui permet d'y répondre (nourrir). La fin de cette phase

s'effectue généralement vers la douzième semaine de vie de l'enfant, moment où celui-ci parvient à distinguer visuellement la figure humaine et où débute la sociabilité de l'enfant, qui est alors en mesure de sourire intentionnellement (Ainsworth et al., 1978). Toutefois, lors de circonstances non favorables à cet accordage, cette phase peut perdurer au-delà de douze semaines (Bowlby, 1969).

La transition entre la première et la seconde phase d'attachement s'effectue graduellement, suivant les comportements et les modèles comportementaux complexes d'attachement. Trois enjeux sont reliés à cette transition : le contrôle comportemental, la restriction de la plage des conditions effectives d'activation et de terminaison (système comportemental d'attachement) et la tendance croissante de l'enfant à initier le système d'attachement. À ce jour, il existe des preuves substantielles que la sélection d'une stratégie d'attachement débute durant les trois premiers mois de vie (Marvin, Britner, & Russell, 2018).

Deuxième phase. La deuxième phase est la phase de l'attachement en formation (12 à 24 semaines). Durant cette période, l'enfant établit progressivement, par des réponses différenciées, ses préférences pour certaines figures d'attachement. Cette hiérarchisation des figures d'attachement peut se terminer au-delà de six mois, suivant le contexte de soins fournis à l'enfant.

Troisième phase. La troisième phase est la phase d'attachement définitif ou du maintien de la proximité avec une figure différenciée par locomotion et d'autres signaux (6 à 36 mois). Durant cette période, caractérisée par des avancées significatives quant au développement moteur, cognitif et des capacités de communication, de même que par des modifications dans l'organisation des systèmes comportementaux, l'enfant consolide son lien de proximité à sa principale figure d'attachement et devient « véritablement » attaché, c'est-à-dire que la locomotion permet à l'enfant de devenir un agent actif dans le maintien de la proximité avec sa figure d'attachement en plus de lui permettre d'explorer davantage son environnement. Toutefois, cette motricité accrue le place également face à de possibles dangers dans son environnement (par exemple, un escalier). Ses capacités communicatives se développent, tant au plan verbal que non-verbal, tout comme ses capacités cognitives; il différencie à présent les moyens des buts et développe progressivement la permanence de l'objet. La principale modification dans l'organisation des systèmes comportementaux est la prudence. La prudence face à la nouveauté, à des événements soudains, mais également face aux inconnus suivant leur intrusivité.

Quatrième phase. La dernière phase est la phase de formation d'un partenariat réciproque corrigé quant au but (après 36 mois). Durant cette période, l'enfant passe graduellement d'une position égocentrée à une décentration de son point de vue, c'est-à-dire que ses compétences acquises lui permettent de commencer à penser que sa figure d'attachement est une personne indépendante et permanente dans le temps et

l'espace (permanence de l'objet), qui a ses propres sentiments, motivations, buts et plans, et que les siens propres peuvent influencer le comportement de cette dernière. Cette transition s'opère en deux temps. D'abord, avec sa nouvelle capacité à inhiber ses comportements d'attachement, l'enfant en vient à tenir compte des desseins de sa figure d'attachement dans ses propres desseins de proximité. Puis, avec sa nouvelle capacité à comprendre objectivement la relation de causalité entre les intentions et les comportements de sa figure d'attachement, il entreprend de considérer simultanément ses propres intentions et celles des autres et s'engage dans des négociations ouvrant la porte à un partenariat réciproque corrigé quant au but (intention).

L'ensemble des phases du développement du processus d'attachement ont des répercussions sur les MIO des individus qui continuent à se développer et à se modifier avec le temps et l'expérience. Les expériences d'attachement optimales permettent l'émergence de la conscience de soi, de la capacité adaptative à sentir, à porter attention et à réfléchir aux changements dynamiques de ses états subjectifs (Schore, 2003). Chez un enfant dont l'attachement est sécure, la détresse ne dure pas au-delà des conditions qui la provoquent tandis qu'un retour rapide aux émotions positives est typique (Gaensbauer & Mrasek, 1981). Permettre au nourrisson de supporter des tensions affectives de plus en plus intenses, mais intervenir et le réconforter avant que ses émotions le submergent est, vraisemblablement, l'aspect le plus crucial et le plus difficile des soins maternels (Krystal, 1978). Afin d'en arriver à s'acquitter de cette fonction parentale régulatrice, l'adulte ne doit pas seulement refléter l'état de détresse du

nourrisson, il doit aussi se poser « au-delà de ce rôle de miroir » et faire en sorte de « faire face à la détresse », au lieu d'être submergé par elle (Fonagy et al., 1995). Pour ce faire, il doit ressentir et moduler aussi bien ses états affectifs que ceux de son enfant, ce qui est particulièrement exigeant sur le plan émotionnel. D'autant plus que les parents répondent aux comportements et aux caractéristiques de leur enfant avec des attentes qui sont fondées sur des expériences passées avec leurs propres principales figures de soins (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975; Freud, 1940).

Enfin, dans l'objectif d'attester des différents types de développements, ou d'adaptations à la sphère sociale, la sous-section suivante s'attardera à la classification des styles d'attachement.

Styles d'attachement

La classification initiale de John Bowlby en deux catégories, soit sécuritaire et insécuritaire, a été reprise et développée par l'équipe de l'une de ses étudiantes ayant collaboré à ses travaux de recherche. Il s'agit de Mary D. Salter Ainsworth qui, avec son équipe (1978), ont mis en lumière deux différents sous-types d'attachement inséculaires; l'attachement ambivalent et l'attachement évitant. Ces sous-types sont identifiés dans ses recherches reconnues sous le vocable de *Situation Étrange*. Ce dispositif d'observation était conçu pour évaluer l'organisation de l'attachement et le comportement exploratoire d'enfants dans un contexte non familial et générateur d'un niveau modéré de stress. Quelques critiques ont été faites au sujet de l'expérience de Mary Ainsworth, entre autres la durée

de l'observation qui ne tient qu'à une vingtaine de minutes et ne prend pas en compte les différences culturelles. Les écrits suggèrent de prendre en considération ces différences culturelles, particulièrement pour la culture japonaise où les enfants ne sont que très rarement séparés de leur mère (Miyake, Chen, & Campos, 1985). Cependant, une méta-analyse de 2000 dyades enfant-parent (van IJzendoorn & Kroonenberg, 1988) démontre la validité écologique de la distribution originelle des catégorisations des différents styles d'attachement en présentant une distribution de données similaires à celles d'Ainsworth et al. (1978).

Main et Solomon (1986) ont étudié les modèles d'attachement de nourrissons ayant subi un traumatisme dans la première année de la vie. Ils ont ainsi découvert une nouvelle catégorie d'attachement nommé « le type D ». Il s'agit d'une organisation précaire, désorganisée et désorientée, observée chez 80 % des enfants maltraités (Carlson, Cicchetti, Barnett, & Braunwald, 1989).

Le Tableau 3 décrit de façon plus détaillée chacun des styles d'attachement (voir Appendice A). À partir de ce tableau, il est possible de vérifier les différents styles d'attachement : groupe A : attachement insécure/évitant; groupe B : attachement sécure; groupe C : attachement insécure/ambivalent ou résistant; et groupe D : attachement désorganisé/désorienté.

En bref, l'attachement sécurisant peut se définir par le maintien d'un équilibre entre les besoins de proximité et d'exploration de l'enfant causé par une réponse adéquate de la part du parent qui est influencée par sa sensibilité aux besoins et aux signaux de l'enfant. Dans ce contexte, parce que le parent s'exprime, l'enfant perçoit que son parent éprouve du plaisir à interagir avec lui. Dans l'attachement insécurisant de type évitant (ou fuyant), l'enfant privilégie l'exploration et minimise ses besoins de proximité, car il constate que son parent, peu sensible, de manière prévisible, est distant, peu disponible émotionnellement et quelque peu rejetant, ce qui encourage son autonomie au détriment de son expression affective. Dans l'attachement insécurisant de type ambivalent (ou résistant), l'enfant met l'accent sur ses besoins d'attachement au détriment de l'exploration afin de retrouver la sensibilité du parent intrusif qui est imprévisible et inconsistant; parfois sensible, parfois rejetant, ce qui limite l'autonomie. Quant à l'attachement insécurisant de type désorganisé, il s'agit d'une absence de stratégies d'attachement cohérentes et organisées qui se présente sous la forme d'un mélange de stratégies d'attachement évitantes et ambivalentes. Dans ce contexte, l'enfant est en conflit face à son parent qui est à la fois source de protection et source de danger. Ce paradoxe insoluble entraîne une incapacité d'organiser une stratégie comportementale d'adaptation cohérente.

La théorie de l'attachement a fréquemment été critiquée pour avoir négligé l'effet du tempérament de l'enfant dans l'établissement de la relation d'attachement. Cependant, une méta-analyse, réalisée par Groh et ses collègues (2016, 2017), révèle

que le tempérament de l'enfant n'est que faiblement associé à la sécurité ou à l'insécurité de l'attachement. Les résultats soutiennent d'ailleurs que c'est la sensibilité du parent qui détermine le type d'attachement de l'enfant; une adaptation à son milieu qui aura une ascendance importante sur son développement socioémotionnel.

Les contributions de la théorie de l'attachement à la compréhension du développement social de l'enfant sont prédominantes, mais le principal élément à retenir est que la source du développement se situe dans la sensibilité de la principale figure d'attachement aux besoins de l'enfant.

D'importantes contributions ont également été apportées par les études sur le développement cognitif de l'enfant. La seconde section de ce chapitre traite de la théorie de la mentalisation en présentant d'abord le concept général ainsi que les principaux concepts reliés à celui-ci, puis le développement de cette fonction en précisant le mécanisme interprétatif interpersonnel pour ensuite faire état des différences au plan du développement en présentant la classification des types de mentalisation.

Théorie de la mentalisation

La théorie, élaborée par Peter Fonagy et inspirée des travaux de Mary Main (1991), de Patricia Crittenden (1989) ainsi que de la théorie du miroir affectif-parental du biofeedback social de Gergely et Watson (1996) et de la théorie du développement de la

réalité psychique (Freud, 1895/1956, 1900/1967; Michels, 1985), introduit le concept de fonction réflexive, une notion centrale du développement cognitif de l'enfant.

La mentalisation ou la fonction réflexive correspond à la capacité croissante d'un enfant, en coordination dynamique avec son système d'attachement, à comprendre les comportements interpersonnels en termes d'état d'esprit (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Fonagy et Target (2002) émettent l'hypothèse que l'objectif évolutif de l'attachement n'est pas, comme Bowlby le pensait, de protéger l'enfant physiquement par l'entremise de la proximité à la mère. L'objectif évolutif serait de permettre à l'enfant de créer un espace interpersonnel, biologiquement fondé, dans lequel les phénomènes mentaux subjectifs peuvent se développer. Dans cette optique, le système motivationnel de l'attachement devient le terreau biologique qui permet le développement de la subjectivité (Giannoni & Corradi, 2006). Autrement dit, l'origine de la capacité de mentalisation se retrouve dans les liens d'attachement. Idéalement, elle est le produit du lien d'attachement sécure permettant à l'individu d'accéder à la régulation émotionnelle et à l'opérationnalisation de ses processus cognitifs. La mentalisation ou fonction réflexive est une acquisition développementale permettant à l'enfant de répondre non seulement aux comportements des autres, mais à sa conception de leur subjectivité. Elle est une fonction symbolique spécifique qui réfère à la capacité à donner un sens aux autres et à soi-même, implicitement et explicitement, à comprendre les comportements des autres et à les concevoir de plusieurs points de vue (Fonagy, 2004). La fonction réflexive permet aux enfants de « lire » l'esprit des gens

(Baron-Cohen, Tager-Flusberg, & Cohen, 1994; Morton & Frith, 1995), c'est-à-dire que l'enfant développe, à partir de sa compréhension de son environnement social, la capacité de réfléchir sur ses propres états émotionnels ainsi que sur ceux des autres. Explorer la signification des actions des autres est alors un précurseur de l'habileté de l'enfant à référencer et à éprouver ses propres expériences psychologiques comme étant significatives (Fonagy & Target, 1997). Cette habileté serait, selon Fonagy et Target (1997), à la base de la régulation affective, du contrôle des impulsions, de l'autocontrôle, et de l'expérience de l'autonomie; l'élément constitutif de l'organisation du soi. Toutefois, Jean Benjamin Stora (1999) affirmera que cette capacité, la fonction réflexive, dépend de la richesse des représentations mentales qui varient selon les individus, d'après leur statut familial, social, culturel et professionnel.

La prochaine sous-section de ce chapitre traite des principaux concepts sur lesquels repose la mentalisation, soit l'organisation du soi, qui correspond à une succession de transitions de position : du caractère présymbolique des premières interactions vers l'ascension à la position intentionnelle et à la position téléologique, puis vers la symbolisation et les modèles mentalisants, et le développement de la cartographie représentationnelle.

Principaux concepts

La prochaine sous-section de ce chapitre traite des principaux concepts reliés à la mentalisation, soit l'organisation du soi et la cartographie représentationnelle.

Organisation du soi. L'organisation du soi implique initialement l'intégration des expériences reliées au corps, définissant les limites de soi et du monde. Une fois que le soi physique est établi, les échanges sociaux, l'identification des limites sociales et, un peu plus tard, l'identification de la causalité sociale deviennent des fonctions centrales du soi. Entre la naissance et l'âge de 5 mois, les interactions en miroir entre l'enfant et la « mère »¹ jouent un rôle déterminant dans le développement des représentations des affects de l'enfant (Fonagy & Target, 1997). Afin de favoriser le développement de représentations réalistes, la figure d'attachement doit avoir la capacité de contenir les affects accablants de l'enfant, d'anticiper ses besoins physiques et psychologiques, de s'adapter facilement à sa perspective et d'organiser le monde externe en fonction de cette perspective (Fonagy et al., 1991).

Les interactions, durant les premiers mois suivant la naissance, sont distinguées par leur caractère présymbolique; elles ne sont pas mentalisées par l'enfant qui ne peut se représenter les pensées et les sentiments du donneur de soins, étant lui-même à ce point non-différencié. Néanmoins, ces interactions sont le substrat d'états ultérieurs où l'intentionnalité permettra d'expliquer et d'interpréter les comportements des autres. Ces interactions permettent donc de prédire le comportement des autres bien qu'elles soient limitées dans leur capacité à le modifier.

¹ Les guillemets soulignent que le terme mère renvoie à la principale figure d'attachement de l'enfant.

La reconnaissance par la figure d'attachement de la position intentionnelle de l'enfant est primordiale pour le développement des représentations, et ce, dès la naissance, même si elle est communiquée de manière non verbale. L'enfant reconnu comme étant un agent intentionnel se verra en mesure d'insinuer cette intentionnalité sur les objets de son environnement (Fonagy & Target, 1997).

Les recherches expérimentales de Gergely et Csibra (Gergely, Nádasdy, Csibra, & Bíró, 1995) suggèrent que les perceptions des contingences de l'enfant vers la seconde moitié de la première année sont téléologiques; qu'elles font référence aux états futurs (buts) en tant qu'entités explicatives dans l'interprétation des comportements basés sur le principe des « actions rationnelles »¹. La position téléologique est employée par les enfants tant pour les humains que pour les objets non humains, et ce, sans discrimination. Toutefois, ces modèles téléologiques évoluent vers des modèles mentalisants dans le domaine restreint des actions humaines. Ils deviennent pleinement mentalisants lorsque les représentations des états motivationnels sont considérées en tant que désirs et que les contraintes sont considérées en termes de croyances à propos de la réalité physique. Les comportements de l'enfant dans l'interaction dyadique sont soutenus par un modèle évolutif d'actions rationnelles de la part du donneur de soins (Fonagy & Target, 1997).

¹ Le principe des actions rationnelles fait coïncider une action à une intention. C'est-à-dire qu'une intention entraîne une action ou qu'une action provient d'une intention.

Cette transition graduelle de la position téléologique vers les modèles mentalisants semble être soutenue par la cartographie représentationnelle.

Cartographie représentationnelle. Durant la période allant de 6 à 18 mois, l'enfant devient conscient du pouvoir que lui-même et que les autres exercent sur l'environnement, par leurs états affectifs, leurs perceptions et leurs intentions, et sa communication devient clairement délibérée; il tente parfois de réparer des tentatives de communication échouées. Cependant, l'acquisition de la mentalisation est plus complexe que le simple reflet de l'expérience par la mère, car elle permet une représentation des affects; une compréhension du ressenti; des changements physiologiques, des idées et des comportements, qui organise son expérience (Gergely & Watson, 1996). Cette représentation de ce que l'enfant ressent deviendra partie intégrante de sa cartographie représentationnelle et lui permettra d'organiser son propre état en tenant compte des contradictions entre ses diverses représentations. Selon ce modèle, les reflets doivent s'ajuster à l'expérience de l'enfant afin de maximiser leur potentiel de symbolisation. Trop près, trop loins ou trop fidèles, ces reflets deviennent défailants et peuvent devenir une source de peur pour l'enfant. De même, si les reflets ne sont pas disponibles ou qu'ils sont troublés par les préoccupations de la mère, le processus du développement du soi est profondément compromis (Fonagy & Target, 1997).

Fonagy et Target (1997) stipulent que la signification des affects se construit à partir de l'intégration des représentations des affects en soi et en l'autre et favorise

l'élaboration du modèle téléologique de l'enfant. L'appropriation du sens lui permettra ultimement d'interpréter et de comprendre les manifestations affectives des autres ainsi que de réguler et de contrôler ses propres émotions.

La cartographie représentationnelle, tout comme la mentalisation, dépend largement de la sensibilité de la figure d'attachement, de la capacité de la « mère » à traduire pour l'enfant ce que ce dernier ressent. Cette sensibilité incitera l'enfant à organiser ses propres expériences en fonction de ses motivations. Sa cartographie émergera suivant la qualité des « traductions » et ses expériences affectives deviendront d'autant plus significatives lorsqu'il réalisera qu'elles sont contraintes à la causalité des interactions.

En somme, le développement de la fonction réflexive du soi équivaut à la synergie des expériences relationnelles où certains aspects répétitifs et invariants du soi, en relation aux autres, sont résumés dans les modèles mentaux internes de représentations et structurés en tant que MIO, permettant une adaptation des comportements sociaux dans des contextes interpersonnels spécifiques (Johnson & Multhaup, 1992; Schacter, 1992).

Il est généralement admis que l'harmonie de la relation mère-enfant contribue à l'émergence de la pensée symbolique (Bretherton, Bates, Benigni, Camaioni, & Volterra, 1979), ce que Bowlby (1969) aurait reconnu comme étant la capacité de l'enfant à concevoir sa mère comme ayant ses propres objectifs et intérêts, séparés des

siens propres, et à les prendre en considération. La tendance générale des résultats de recherche dans cette sphère du développement confirme que la sécurité de l'attachement est significativement liée aux habiletés symboliques en général et particulièrement à la mentalisation préconsciente¹.

Afin d'illustrer le développement de cette fonction, la prochaine sous-section de ce chapitre présentera le développement de la mentalisation.

Développement de la mentalisation ou de la fonction réflexive

Du point de vue développemental, le modèle proposé par Peter Fonagy et Mary Target (1997), les pionniers du concept de mentalisation, semble sans contredit le plus approprié des modèles à présenter. Il paraît également nécessaire d'amorcer cette section en précisant certains processus sociaux spécifiques.

Le modèle stipule que la sécurité de l'attachement est un indicateur de la qualité de la relation, enfant-donneur de soins, qui génère la compréhension psychologique. Suivant cette prémisse, les trois processus sociaux spécifiques qui assurent la sécurité de l'attachement sont les mêmes que ceux qui accélèrent la qualité réflexive de l'organisation du soi : soit la simulation, la conversation et l'interaction sociale.

¹ La mentalisation préconsciente correspond aux explications pourvues par les processus sociaux utilisés par les principales figures d'attachement avant même que l'information ait été assimilée par les modèles internes opérants de l'enfant.

Le premier processus est celui de la simulation. Les études démontrent que les enfants qui, à l'âge de 3 ans, prennent part à des interactions de coopération (Dunn, Brown, Somkowski, Telsa, & Youngblade, 1991) et à des jeux de simulation (Astington & Jenkins, 1995; Youngblade & Dunn, 1995), manifestent une performance supérieure de mentalisation et de compréhension des émotions. Il semble que les jeux collectifs de simulation favorisent la compréhension des états d'esprit et que les jeux symboliques offrent une « zone proximale de développement »¹ pour les habiletés connexes à la mentalisation (Lillard, 1993).

Le second processus est celui de la conversation. Les études confirment que les dialogues à propos des sentiments et des desseins des actions des autres sont liés à une concrétisation relativement précoce de la fonction réflexive (Dunn & Brown, 1993). Les modèles d'interactions des dyades sécures, où la mère propose à l'enfant des explications à propos de ses états d'esprit, sont propices au développement de la fonction réflexive et au développement de modèles de communication incitant à la réflexion quant aux émotions et aux intentions (Fonagy & Target, 1997).

Le troisième médiateur potentiel est l'interaction sociale. Les interactions sociales augmentent les occasions d'utiliser le processus de simulation et de conversation ainsi

¹ La zone proximale de développement est un concept élaboré par Lev Vygotsky, Hanfmann et Vakar (1962), dans ses études sur le développement précoce de l'enfant. Cette zone se retrouve entre la zone d'autonomie et la zone de rupture. Autrement dit, cet espace se situe entre ce que l'enfant parvient à faire de lui-même et ce qui lui est difficile à faire sans aide. Cette zone correspond donc à un défi réaliste.

que d'obtenir différentes perspectives à propos du monde environnant. De même, les interactions avec la fraternité rehaussent la performance de la théorie de l'esprit et plusieurs études supportent le lien entre l'attachement sécure en enfance et l'hétéro-évaluation positive de la compétence quant à l'orientation sociale, la réciprocité, la popularité et l'empathie (Elicker, Englund, & Sroufe, 1992; Park & Waters, 1989). De plus, en partageant et en échangeant lors d'activités avec les membres de sa culture, l'enfant développe un modèle interprétatif culturel des liens de causalité dans les relations interpersonnelles, c'est-à-dire qu'il se familiarise avec les interprétations communes de la majorité.

De plus, il est primordial que la ou les figures d'attachement de l'enfant reconnaissent sa position intentionnelle afin de rendre sa pensée « réelle ». En lui reflétant son intentionnalité, l'enfant en vient à se considérer et à considérer l'autre comme étant un agent intentionnel. Suivant cette constatation, il peut, lors d'observation d'interactions de causalité entre les actions et les perceptions, les pensées ainsi que les émotions, contempler des états mentaux sans peur, ce qui contribue significativement à son autonomie (Fonagy & Target, 1997).

Selon Fonagy et Target (1997), le modèle d'attachement suggère qu'il y a une transition entre le mode duel d'expérience et la mentalisation. Voici les propositions concernant le développement de la partie psychologique du soi. La fonction réflexive, jusqu'à l'âge de 3 ou 4 ans, est caractérisée par deux modalités permettant de relier des

expériences internes aux situations externes : le mode d'équivalence psychique et le mode de simulation. Suivant le mode d'équivalence psychique, l'enfant s'attend à ce que son monde interne et celui des autres correspondent à la réalité externe. Suivant le mode de simulation, l'état interne est conçu comme n'ayant aucune relation au monde externe. Puis, normalement, l'enfant intègre ces modalités alternatives pour en arriver à la mentalisation ou au mode réflexif, dans lequel les états d'esprit peuvent être expérimentés en tant que représentations. Les réalités interne et externe sont alors perçues comme étant reliées, mais reconnues pour leurs différences importantes et elles n'ont plus à être équivalentes ou dissociées (Fonagy & Target, 1997).

Afin d'appuyer sa conception du développement de la mentalisation et ses implications, Peter Fonagy (2001) a également travaillé à démontrer théoriquement que l'expression du génotype individuel pourrait être modérée par les expériences précoces d'attachement et que ces mêmes expériences auraient pour fonction évolutionniste primaire de contribuer à la création ontogénique d'un mécanisme mental qui peut servir à moduler les expériences psychosociales, en rapport avec l'expression des gènes. Pour lui, le développement des capacités d'adaptation ou de la résilience (l'indice ultime de la capacité d'attachement) découle du reflet empathique de la mère, car il aurait le potentiel de moduler l'expression des gènes.

Pour corroborer ses postulats, Fonagy (2001) propose que la capacité d'interpréter l'environnement s'effectue à partir de quatre systèmes représentationnels, liés aux MIO,

élaborés par Bowlby, pour expliquer les comportements s'inscrivant dans une relation corrigée quant au but. Ces quatre systèmes représentationnels sont les suivants : (1) anticipations des caractéristiques interactives des premières figures d'attachement créées dans la première année de vie et secondairement élaborées; (2) représentations d'événements à travers lesquelles les souvenirs généraux et spécifiques des expériences en rapport avec l'attachement sont encodés ou récupérés; (3) souvenirs autobiographiques à travers lesquels des événements spécifiques sont conceptuellement reliés entre eux, en raison de leur lien avec un narratif personnel continu et le développement d'une compréhension de soi; et (4) compréhension des caractéristiques psychologiques d'autrui (inférence et attribution d'états d'esprit motivationnels liés à une cause comme les désirs, les émotions, et les états d'esprit épistémiques comme les intentions et les croyances) et différenciation de celles-ci d'avec les siennes propres (Fonagy, 2001).

Ce mécanisme d'interprétation ne correspond pas aux MIO; il en résulte et sert à traiter les nouvelles expériences afin de les inclure dans ces derniers. Il s'agit du mécanisme interprétatif interpersonnel, qui fera l'objet de la prochaine sous-section.

Mécanisme interprétatif interpersonnel (MII). Fonagy (2001) stipule qu'il s'agit d'un système représentationnel symbolique de second ordre pour des états mentaux épistémiques et motivationnels. Autrement dit, le bébé, au contact de l'expression empathique de sa mère lorsque celle-ci lui renvoie en miroir son état interne, en vient à

se le représenter; une représentation secondaire, construite à partir d'un biofeedback social. L'expression empathique de la mère correspond au signifiant alors que son « propre éveil émotionnel » correspond au signifié. Cette intersubjectivité constituerait le principe fondateur liant l'attachement à l'autorégulation.

En ce sens, le soi est un produit de l'autre et demeure donc vulnérable aux influences sociales. La qualité des relations précoces jouerait donc un rôle déterminant pour la capacité d'interpréter l'environnement et perdrait de son importance dans le développement ultérieur. Deux facteurs se distingueraient lorsqu'il s'agit de la compréhension des états internes, le type d'attachement (axe sécure-craintif) qui référerait au MIO et la qualité de l'attachement (axe évitant-préoccupé) qui référerait au modèle interprétatif interpersonnel (MII) (Fonagy, 2001).

En somme, le développement de la mentalisation s'effectue à partir de trois processus sociaux spécifiques et évolue suivant le MII qui, lui, s'organise à partir de quatre systèmes représentationnels. Les différences individuelles concernant chacun des procédés impliqués induit une différence quant à la mentalisation résultante.

Afin de conclure cette section et de démontrer la diversité des développements dans la sphère cognitive, la sous-section suivante présentera la classification des divers types de mentalisation.

Types de mentalisation

Fonagy et al. (1991) ont élaboré une échelle basée sur la qualité de la compréhension de l'intentionnalité de l'autre. Cette mesure s'échelonne sur neuf points et comprend les cinq descriptions que voici :

1. Absence de fonction réflexive

- Faible évidence que l'individu pense aux motivations qui guident le comportement de ses parents ou des autres envers lui ou qui guident ses propres actions ou réponses.

2. Faible fonction réflexive

- L'individu fait référence aux motivations des autres, mais elles sont fondées sur des raisons externes, telles que le contexte dans lequel ils se sont retrouvés ou la culture. Les références aux motivations des autres sont très rares. Si une considération est faite en termes d'états d'esprit, elle est, de manière flagrante, inadéquate.

3. Fonction réflexive généralisée ou inexacte

- Ici, l'individu présente une compréhension générale des motivations humaines, mais il échoue à les apposer à ses propres expériences et extrait des conclusions qui sont peu plausibles ou superficielles. Les individus qui font partie de cette catégorie semblent prendre en considération les états

d'esprit et les relations, mais les conclusions qu'ils en retirent sont clairement égoïstes et trompeuses.

4. Fonction réflexive juste mais incomplète

- L'individu démontre une nette habileté à envisager de multiples croyances et désirs. Les états d'esprit sont fréquemment considérés dans les interactions et l'individu présente une habileté à raisonner en fonction de ceux-ci. La volonté d'envisager les états d'esprit des autres s'étend aux comportements malveillants des parents et à sa propre expérience en tant qu'être. Les limitations dans de telles considérations peuvent être l'une ou plusieurs des suivantes : (1) évidentes lacunes ou omissions; ou (2) une restriction autoimposée à une catégorie d'état d'esprit (croyances, désirs, affects) ou une limitation des considérations aux états conscients et l'ignorance des aspects motivationnels inconscients.

5. Fonction réflexive complète

- L'individu qui entre dans cette catégorie serait censé démontrer une compréhension organisée et cohérente des motivations qui guident le comportement du soi et des parents. Un tel individu est conscient des différences qualitatives entre le fonctionnement psychique d'un enfant et d'un adulte, et ses réflexions quant à ses expériences durant l'enfance démontrent clairement ce discernement. L'individu fait référence aux idées,

aux émotions et aux désirs inconscients afin de faire sens de ses comportements passés et présents et démontre également qu'il est conscient de l'effet de l'interaction sur chacun des individus impliqués.

Les contributions de la théorie de la mentalisation à la compréhension du développement cognitif de l'enfant sont appréciables, mais le principe de base à retenir est celui de l'intentionnalité. L'enfant doit avoir l'opportunité de se percevoir et de percevoir l'autre comme un agent intentionnel.

Enfin, de remarquables contributions à la compréhension du développement de la personnalité de l'enfant ont été apportées par les études sur le développement émotionnel de l'enfant. La troisième section de ce chapitre traite de la théorie de la régulation affective en présentant d'abord le concept général ainsi que l'ultime concept associé (outre les développements social et cognitif); soit le développement émotionnel de l'enfant permettant de mettre en lumière le développement de la capacité de régulation affective, puis le développement normatif de l'autorégulation affective et enfin, les différentes stratégies de régulation affective.

Théorie de la régulation des affects

La régulation affective correspond aux comportements, habiletés et stratégies, conscients ou inconscients, automatiques ou planifiés, qui servent à moduler, inhiber ou intensifier les expériences émotionnelles et leurs démonstrations (Calkins &

Leerkes, 2011). Elle réfère aux processus par lesquels les individus influencent quelles émotions ils ont, quand ils les ont et comment ils expérimentent et expriment ces émotions (Gross, 1998). Fonagy et Target (2002) précisent que l'autorégulation correspond aux habiletés des enfants, à contrôler leurs réactions au stress, à maintenir leur attention de manière dirigée et à interpréter les états d'esprit des autres et d'eux-mêmes; des conséquences de la socialisation normale.

Sroufe (1995) a allégué que le développement émotionnel était inévitablement lié avec le développement social, considérant le développement émotionnel comme une transition de la régulation dyadique des affects vers l'autorégulation affective; capacité s'acquérant dans les interactions affectives avec la figure d'attachement. Ces interactions lui fournissent des expériences où l'augmentation et la réduction de l'excitation seraient des répercussions de l'intervention du pourvoyeur de soins; des réactions de détresse soulagées par ses actions, et des interactions positives avec ce dernier. De telles expériences contribuent au modèle opérant des attentes, reliées à la régulation des affects, qui se transféreront des figures d'attachement de son environnement immédiat au monde social des interactions avec les pairs et les autres. Pour Cassidy (1994), les modèles de réponses affectives, dans le contexte des relations d'attachement, sont en réalité des stratégies que les enfants utilisent afin de répondre à leurs besoins d'attachement.

Durant la première année de vie, l'enfant développe la capacité à exercer un autocontrôle sur l'expression de ses émotions, particulièrement ses émotions négatives. Les recherches ont démontré que de spécifiques stratégies de régulation émotionnelle, telles que l'autoréconfort, la recherche d'aide et la distraction peuvent assister l'enfant à gérer des frustrations précoces induites par le tempérament de l'enfant et des réponses de peur dans les situations où le contrôle des émotions négatives pourraient être nécessaire (Stifter & Braungart, 1995). De même, les capacités de régulation émotionnelle peuvent être utiles dans les situations qui suscitent une excitation affective positive puisqu'elles lui permettent de garder l'excitation à un seuil maniable et agréable. À la naissance, la régulation des émotions dépend presque exclusivement des parents. Puis, peu à peu, les interactions avec les parents, dans des contextes émotionnellement chargés, enseignent à l'enfant que l'utilisation de certaines stratégies, plutôt que d'autres, a le potentiel d'être plus utile dans la réduction de l'excitation émotionnelle (Sroufe, 1995).

La prochaine sous-section de ce chapitre traite d'un des principaux concepts reliés à la régulation affective, outre l'attachement et la mentalisation ou le développement cognitif, soit le développement émotionnel, qui permet la transition de la régulation dyadique à l'autorégulation affective.

Développement de la capacité de régulation affective

La prochaine sous-section de ce chapitre s'attardera donc à l'aspect développemental de la régulation des affects en soulignant certains apports théoriques des recherches sur le développement émotionnel lié au développement social de l'enfant.

Développement émotionnel. Katharine M. Banham Bridges (1932), l'une des pionnières dans le domaine des recherches portant sur le développement émotionnel de l'enfant, s'appuyant sur l'observation du comportement émotionnel de 62 enfants, soutient que les nouveau-nés n'éprouvent qu'une émotion : une excitation indifférenciée et que le développement émotionnel s'opère de trois façons : les différentes émotions évoluent graduellement à partir d'une excitation vague et indifférenciée, suivant un processus de différenciation; ce qu'elle sera la première à affirmer, et la forme de la réponse comportementale change progressivement suivant le développement des capacités et des habitudes. Ainsi le changement dans l'expression émotionnelle se fait graduellement, et des particularités de certaines situations engendrent le même genre de réponse, quoique mieux définie, à tous les âges.

De la naissance à l'âge de 3 mois, il n'existe qu'une excitation indifférenciée de laquelle se différencient deux autres émotions : une émotion désagréable; la détresse et une émotion agréable; le plaisir. Vers 6 mois, la peur, l'aversion et la colère se discriminent de la détresse, et à 12 mois, l'exultation et l'affection se distinguent du plaisir. Vers 18 mois, la jalousie, l'affection pour les adultes et l'affection pour les pairs

font leur apparition. L'auteure précise que l'affection réciproque pour les adultes s'observe à partir de l'âge de 8 mois alors que l'attachement entre deux enfants ne s'observe qu'à partir du 15^e mois. Et ce n'est que vers 24 mois que l'enfant différencie l'expérience de la joie.

Cette théorie a rapidement été critiquée, soit en 1934, par Florence Laura Goodenough, qui signalait que les enfants possèdent plus de capacités et de complexité que ce que Bridges propose. Carroll Izard (1978) s'est également opposé à la position de Bridges en affirmant que les bébés naissent avec des états affectifs distincts. Cependant, des opposants aux méthodes d'investigation d'Izard postulent que son guide d'évaluation des expressions faciales est semé d'embûches.

Nonobstant, en règle générale, il est admis que les émotions authentiques ne débutent qu'à partir du moment où l'enfant peut concevoir une différenciation entre Soi et l'environnement, ce qui correspond à l'émergence de la conscience (Spitz, Emde, & Metcalf, 1970). De même, en ce qui a trait au développement émotionnel, les chercheurs sont communément en accord avec la conception d'un déploiement ordonné des émotions, se précisant avec le temps, et admettent que le développement affectif est lié au développement cognitif et au développement (apprentissage) social.

Dans une perspective contemporaine, les travaux d'Alan Sroufe (1979), fondés sur la théorie du développement émotionnel de Bridges, démontrent que le développement

cognitif constitue l'assise du développement émotif. Ses recherches soutiennent que le développement des émotions s'opère suivant des réorganisations développementales d'abord proposées par Spitz (1965), puis reprises par Emde (1989) et Emde, Gaensbauer et Harmon (1976) et enfin, revisitées par Schore (1994). Selon cette conception, la première progression qualitative se produit avec l'élaboration dendritique des neurones corticaux dans les trois premiers mois de vie; la seconde se produit aux alentours de 10 mois, avec la maturation des lobes frontaux, le développement du système nerveux sympathique et l'établissement des interconnexions corticolimbiques de base; la troisième durant la petite enfance, avec la maturation complète des structures limbiques et le développement accéléré du système nerveux parasympathique (Sroufe, 1995). Il précise qu'au cours de la première année de vie, l'une des plus substantielles manifestations du développement émotionnel est ce rapide accroissement de la capacité à tolérer l'excitation ou la tension (Fogel, 1982; Schore, 1994).

Sroufe (1995) insiste sur la nature sociale du développement émotionnel et soutend que les émotions se développent suivant les enjeux développementaux de chaque période. C'est pour cette raison qu'il attribue également un rôle à la figure d'attachement pour chacune de ces périodes. L'enjeu de la première période, se déroulant durant les trois premiers mois de vie, est la régulation physiologique et le rôle de la figure d'attachement est d'établir des routines en douceur. Celui de la deuxième période, se déroulant de 3 à 6 mois, est la gestion de la tension où la figure d'attachement a le rôle d'établir des interactions sensibles et coopératives. Lors de la troisième période, allant

de 6 mois à 1 an, l'établissement d'une relation d'attachement efficace constitue l'enjeu et le rôle de la figure d'attachement est la disponibilité réactive. Au cours de la quatrième période, soit durant la première moitié de la seconde année de vie, la figure d'attachement doit assurer le rôle de la base sécurisée afin que l'enfant puisse faire l'expérience de l'exploration et de la maîtrise. Entre l'âge de 18 et 30 mois, soit durant la cinquième période, l'adulte protecteur doit faire preuve d'un support ferme afin de favoriser l'individuation (autonomie) de l'enfant. Durant la sixième période, soit de 30 à 54 mois, la figure d'attachement doit définir clairement les rôles et les valeurs et faire preuve d'un autocontrôle flexible afin de supporter la gestion des pulsions, l'identification de genre et les relations avec les pairs. Durant la septième phase, soit entre l'âge de 6 et 11 ans, le rôle de la figure d'attachement en est un de supervision, de support et de corégulation, permettant ainsi à l'enfant de consolider les concepts de soi, d'amitié fidèle, du fonctionnement effectif dans les groupes de pairs de même sexe et du principe de compétences réalistes. Enfin, lors de l'adolescence, la huitième phase, la figure d'attachement doit servir de ressource disponible et de superviseur à l'enfant dont les enjeux se rapportent à son identité personnelle, à son intimité et à ses relations mixtes.

Afin de mettre en lumière la transition de la régulation dyadique à l'autorégulation affective, la prochaine sous-section de ce chapitre présentera le développement normatif de l'autorégulation affective.

Développement normatif de l'autorégulation affective

Le développement normatif de l'autorégulation correspond à la transition de la quasi-complète dépendance de l'enfant envers son parent vers une régulation indépendante. Le développement de cette capacité va de pair avec le développement physique, social, cognitif et émotionnel de l'enfant.

La théorie développée par Susan D. Calkins et Esther M. Leerkes (2011), qui ont travaillé sur les processus primaires d'attachement et le développement de l'autorégulation émotionnelle, semble toute indiquée pour présenter le développement normatif de la régulation affective.

Avant l'âge de 3 mois, les premiers efforts à l'autorégulation émotionnelle témoignent de mécanismes physiologiques innés (Kopp, 1982). Vers l'âge de 3 mois apparaissent des mécanismes rudimentaires d'autoapaisement (suction, pleurs) perçus comme étant les premiers processus opérants indépendamment de l'intervention de la figure d'attachement (Kopp, 1982; Rothbart, Ziaie, & O'Boyle, 1992).

Une transition majeure dans le développement de l'enfant s'effectue entre l'âge de 3 et 6 mois. D'abord au plan biologique en ce qui a trait à la prévisibilité des cycles d'éveil, de la nutrition et des processus éliminatoires, puis commence à émerger l'habileté de l'enfant à contrôler volontairement le niveau d'excitation. Cette habileté dépend principalement des mécanismes de contrôle attentionnel et de simples habiletés

motrices (Rothbart, Ellis, & Posner, 2011; Rothbart et al., 1992; Ruff & Rothbart, 1996) et conduit à une utilisation coordonnée de l'engagement et du désengagement attentionnel, particulièrement dans les contextes qui induisent des affects négatifs. À ce moment, l'enfant a la capacité de détourner son attention de la source d'excitation négative vers des stimuli sociaux plus neutres. Cependant, d'importantes différences individuelles s'observent quant à l'habileté à diriger l'attention de manière à ce qu'elle permette un contrôle efficient des émotions et des comportements.

Les enfants deviennent de plus en plus actifs et déterminés dans leurs tentatives de contrôler l'excitation affective un an après leur naissance (Kopp, 1982). Leurs transmissions d'informations évoluent de manière à devenir socialement plus explicites lorsqu'ils réalisent que leurs figures d'attachement et les autres objets de leur environnement tentent de les assister dans la régulation de leurs affects (Rothbart et al., 1992).

Une transition des méthodes de régulation affectives se conclut durant la seconde année de vie, de la voie passive à la voie active (Rothbart et al., 1992). Durant cette période, le conformisme et le contrôle de la motricité apparaissent, une conséquence de la capacité croissante des enfants à répondre aux directives de la « mère » (Kopp, 1989). Ce changement s'opère suivant des développements dans le domaine de la motricité, des représentations ainsi que du langage et suivant la maturation du cerveau. Vers l'âge de 6 ans, les enfants disposent d'habiletés de contrôle exécutif leur permettant de contrôler

l'excitation, de réguler leurs manifestations affectives ainsi que d'inhiber ou d'activer leurs réactions comportementales (Bronson, 2000).

L'acquisition des stratégies de régulation affective dépend des interactions de l'enfant avec ses principales figures d'attachement. L'une des majeures sources de variation dans les stratégies de régulation affective réside dans la disponibilité de la figure d'attachement.

Suivant la disponibilité de la figure d'attachement, l'enfant favorisera l'adoption de certaines stratégies de régulation affective. Afin de soutenir cette affirmation, la prochaine sous-section de ce chapitre présentera la classification des divers types de stratégies de régulation affective.

Stratégies de régulation affective

Afin de présenter un tableau complet des différentes stratégies d'autorégulation affective, voici un modèle contemporain, facilement applicable à la pratique clinique, élaboré par Phillip R. Shaver et Mario Mikulincer (2002), qui met en avant plan le développement des stratégies basées sur la sécurité et des stratégies d'attachement secondaires.

Stratégies d'autorégulation et attachement. Ce modèle propose trois principales composantes : (1) l'observation vigilante et l'évaluation d'événements menaçants;

responsable de l'activation de la première stratégie d'attachement (la recherche de proximité); (2) l'observation vigilante et l'évaluation de la disponibilité des figures d'attachement externes ou internalisées; responsable des différences individuelles quant au sentiment de sécurité d'attachement et dans le développement des stratégies sûres d'attachement; ainsi que (3) l'observation vigilante et l'évaluation de la viabilité de la recherche de proximité comme mécanisme d'adaptation face à la détresse ou à l'insécurité d'attachement; responsable des différences individuelles dans le développement des stratégies d'attachement secondaires (l'hyperactivation ou la désactivation).

Chacune des stratégies reliées à l'attachement ont un but régulateur spécifique et les procédés cognitifs et affectifs sont modulés afin de faciliter l'atteinte de ce but (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003), et cela, afin d'apaiser la détresse, de maintenir des relations confortables, favorables et intimes, et d'accroître l'ajustement personnel (Mikulincer & Shaver, 2005). Autrement dit, l'enfant adapte son comportement, soit en inhibant ou en hyperactivant son système d'attachement (Miljkovitch, 2009), en fonction des chances qu'il prévoit d'obtenir le contact avec sa mère. Il est également possible que l'enfant déduise que certains comportements qui ne relèvent pas de l'attachement suscitent l'attention du parent et lui procurent, par le fait même, un sentiment de sécurité. L'enfant adapte alors son comportement afin de promouvoir ce lien d'attachement, ce qui a un effet direct sur l'organisation de sa pensée qui, pour maintenir un certain équilibre, détermine ce qui peut et la manière dont cela peut être représentée.

De telles restrictions influencent l'encodage et l'intégration de l'information. Bowlby (1969) parle à cet effet d'exclusion défensive. L'enfant a tendance à ne pas traiter les informations qui vont à l'encontre des attentes parentales et à les éliminer de son système de représentations.

Le modèle de Shaver et Mikulincer (2002) stipule que le développement des stratégies basées sur la sécurité dépend de la disponibilité et de la sensibilité de la figure d'attachement à répondre aux tentatives de recherche de proximité de l'enfant. Ce modèle propose que la disponibilité active un développement en deux phases. D'abord, durant la première année de vie, la disponibilité de la figure d'attachement favorise l'accroissement de l'utilisation de la recherche de proximité comme principale stratégie de corégulation affective. Puis, vers la fin de la première année de vie, une transition s'effectue, quant aux stratégies basées sur la sécurité, de la corégulation vers l'autorégulation et l'établissement du soi comme principal agent exécutif. Ces auteurs proposent que l'acquisition et la consolidation des capacités d'autorégulation sont facilitées par les trois mécanismes suivants : (1) l'accroissement des perspectives et des capacités de l'enfant; (2) l'expansion du soi; et (3) l'internalisation des fonctions originellement accomplies par les figures d'attachement (Mikulincer et al., 2003). L'internalisation des fonctions de régulation est le résultat de la dynamique réciproque entre la corégulation et le développement d'un sentiment stable d'estime de soi.

Le développement de l'autorégulation dépend de la disponibilité de la figure d'attachement. Sans une corégulation efficace de la détresse, l'activation d'autres systèmes comportementaux, l'expansion du soi et l'internalisation des fonctions originellement accomplies par les figures d'attachement sont bloquées et le développement de l'autorégulation est perturbé.

Cependant, ces acquisitions n'inhibent pas complètement la corégulation. Les auteurs affirment que l'intégration de la corégulation dans le répertoire des capacités d'autorégulation correspond au plus haut niveau dans le développement des stratégies basées sur la sécurité et que cette stratégie pourrait être utilisée lors des transitions de vie ou d'expériences traumatiques qui peuvent perturber l'estime de soi de l'individu et épuiser ses ressources internes.

Développement des stratégies secondaires. Le modèle propose que le choix d'une stratégie de désactivation ou d'hyperactivation résulte du degré auquel la recherche de proximité est perçue comme une option régulatrice viable (Mikulincer et al., 2003).

Deux types de souffrances psychologiques ont été révélés suivant une analyse phénoménologique (Shaver & Mikulincer, 2002) de la non-disponibilité de la « mère » : une souffrance découlant de l'insatisfaction des besoins d'attachement et du faible lien de proximité avec la figure d'attachement ainsi qu'une souffrance résultant d'une

corégulation inefficace de la détresse et d'un sentiment de solitude et de vulnérabilité face à la menace.

Le premier type de souffrance provient d'un échec des comportements d'attachement à produire des résultats positifs (proximité, amour) secondé d'un sentiment de désapprobation (inattention, rejet, colère) suivant l'utilisation de la première stratégie d'attachement. Dans ce contexte, la recherche de proximité devient la principale menace à l'intégrité de l'enfant et mène au développement de stratégies de désactivation et à la valorisation de l'autosuffisance.

Le second type de souffrance émerge de l'échec de la corégulation de la détresse et de la nécessité de gérer seul la menace. Cet état d'esprit s'érige autour de convictions selon lesquelles la non-disponibilité, l'incohérence et l'inaptitude de la figure d'attachement rend l'enfant vulnérable dans un monde menaçant; ce qui l'amène à fournir davantage d'efforts pour élaborer une relation de protection avec sa figure d'attachement. Dans ce contexte, l'enfant ressent périlleusement la distance par rapport à la figure d'attachement et doute de sa capacité à réguler sa propre détresse. Cette perception mène au développement de stratégies d'hyperactivation.

Pour récapituler, chacune de ces stratégies détient un but régulateur spécifique, ce qui amène les procédés cognitif et affectif à se moduler afin de faciliter l'atteinte de cet objectif. La visée des stratégies basées sur la sécurité est d'apaiser la détresse, de

construire les ressources de la personne et d'élargir ses perspectives alors que la cible des stratégies d'attachement secondaires est de gérer l'activation du système d'attachement et de réduire ou d'éliminer la douleur causée par les tentatives frustrées de recherche de proximité (Mikulincer et al., 2003). Tout comme elles ont un but, elles ont également des conséquences. Les stratégies basées sur la sécurité conduisent les gens à négocier activement et constructivement avec les émotions négatives et à prendre avantage de la créativité améliorée rendue possible par les émotions positives. Les stratégies de désactivation semblent éloigner les gens de leurs propres émotions, évitant les expériences douloureuses des émotions négatives, mais également sacrifiant les effets bénéfiques des émotions positives. Les stratégies d'hyperactivation semblent obtenir des réponses cognitives qui exacerbent les émotions négatives, empêchent les expériences soutenues et les bénéfices psychologiques des émotions positives, et causent une attention continue aux menaces réelles ou imaginées.

En somme, les stratégies de régulation émotionnelle découlent des réponses obtenues à deux besoins fondamentaux de l'être humain, soit le besoin de sécurité et le besoin d'exploration. Ce sont donc les réponses obtenues ou l'absence de réponse à ces besoins qui déterminent la présence de certaines stratégies de régulation affective.

Les contributions de la théorie de la régulation affective à la compréhension du développement émotionnel de l'enfant sont substantielles, mais l'élément déterminant de ce développement est la disponibilité de la principale figure d'attachement.

En somme, le développement social et émotionnel de l'enfant dépend de la sensibilité et de la disponibilité de la principale figure de soins à répondre adéquatement à ses besoins et son développement cognitif résulte de son habileté à favoriser l'intégration du principe d'intentionnalité.

À partir des concepts présentés ci-dessus, et afin de répondre à notre question de départ soit : quelles sont les différences et similitudes entre le TPL et l'ESPTC, les deux prochains chapitres présenteront une revue des contributions théoriques de différents auteurs menant aux principaux apports théoriques définissant ces troubles afin d'en permettre la compréhension.

Chapitre 2

Trouble de la personnalité limite

Ce second chapitre présente une revue des contributions théoriques de différents auteurs menant aux principaux apports théoriques définissant le TPL, les premiers critères diagnostiques de ce trouble et les modifications apportées à ces critères dans le DSM-5 (APA, 2013). Enfin, les caractéristiques relatives aux concepts abordés, dans le Chapitre 1 du présent essai, y sont développées.

Évolution des considérations théoriques menant à la définition du diagnostic du TPL

Le diagnostic de TPL est un diagnostic récent dans la littérature. Sa première apparition se retrouve dans la troisième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III; APA, 1980). Les premiers écrits concernant ce diagnostic ont fait surface suite à la communication d'Adolph Stern, psychiatre et père du terme « *borderline personality* », à la Société psychanalytique de New York en 1937. Cette communication faisait état de la difficulté de traiter ce groupe *limite* de patients qui demeuraient malades après avoir traité des phénomènes relevant de la libido objectale et exposait un ensemble de symptômes cliniques particuliers au groupe *limite* et d'autres relevant des psychonévroses : (1) le narcissisme; (2) l'hémorragie psychique; (3) l'hypersensibilité excessive; (4) la rigidité psychique et physique (la personnalité rigide); (5) les réactions thérapeutiques négatives; (6) ce qui ressemble à des sentiments d'infériorité constitutionnels, profondément ancrés dans la personnalité du patient; (7) le

masochisme; (8) ce que l'on peut décrire comme un état de profonde insécurité organique ou d'angoisse; (9) le recours aux mécanismes de projection; et (10) les difficultés de mise à l'épreuve de la réalité, en particulier dans les relations personnelles (Stern & Hacker, 2011). En décrivant le narcissisme de ce groupe *limite*, Stern faisait mention de ce que David M. Levy (1958) nommait la « faim affective » et soulignait que ces patients ne développent jamais le sentiment de sécurité qui se développe habituellement à travers les moments de profonde affection entre l'enfant et ses parents. Puisque la satisfaction narcissique du jeune enfant n'est pas assurée due à une incapacité du parent à donner, de façon simple et spontanée, de l'affection à l'enfant, s'enchaîne une perturbation qui affecte le narcissisme, responsable de traits névrotiques de caractère ou de la maladie névrotique. Cette atteinte est comparable à la perturbation qui restreint le développement sexuel (amour objectale), à l'origine de troubles psychonévrotiques (Stern & Hacker, 2011). Dans ces cas, Stern souligne l'importance de tenir compte de l'histoire du développement de l'individu (ses apports spontanés et mnésiques) ainsi qu'aux mouvements transférentiels dans le traitement thérapeutique.

Plusieurs auteurs de l'époque ont contribué à la définition des cas limites, se retrouvant quelque part entre les psychoses et les névroses, dont Deutsch (1942), Fenichel (1945), Hoch et Polatin (1949), Miller (1940), Pious (1950), Schmideberg (1947) et Stengel (1945). Ces auteurs ont tenté de les définir en parlant de perturbations émotionnelles en relation avec la schizophrénie, de névroses, de formes de schizophrénie pseudo névrotique, de la relation entre la schizophrénie hâtive et les névroses, de

symptômes obsessionnels-compulsifs dans une schizophrénie naissante, du traitement des patients psychopathes et limites (stable instabilité) et enfin, de la relation entre les névroses obsessionnelles et les types de réactions psychotiques.

Un second psychiatre, dont la contribution à la définition des états limites est majeure, est Robert P. Knight (1953). Dans un écrit intitulé « Borderlines States », il souligne que bien que le patient soit malade, il ne présente pas de psychose franche, son comportement traduit des phénomènes tant névrotiques que psychotiques. Il y mentionne également que son objectif n'est pas de défendre le terme « limite » en tant que diagnostic, mais plutôt de traiter de la condition clinique associée à ce terme, c'est-à-dire de focaliser sur les problèmes liés au diagnostic, à la pathologie et aux traitements thérapeutiques. Knight précise également que ces individus ne répondent pas favorablement aux traitements habituellement utilisés pour les troubles pour lesquels ils sont référés. Il propose donc trois considérations diagnostiques permettant une meilleure compréhension et évaluation clinique : le rapport à la réalité, la structure dynamique de la personnalité et le stade de fixation libidinal, tous des concepts psychodynamiques. Pour permettre au lecteur de démystifier ses deux premières considérations, il explique que le névrotique ne dénie pas l'existence de la réalité, il tente plutôt de l'ignorer. Pour ce qui est du psychotique, il dénie son existence et tente de la substituer pour autre chose. Quant à sa troisième considération, il rajoute la précision suivante : « Le portrait clinique superficiel (hystérie, phobie, obsessions, rituels compulsifs) peut représenter des opérations économiques d'une position plus avancée alors que la majeure partie du

soi est régressée loin derrière, et ce, à différents degrés » [traduction libre] (Knight, 1953, p. 207).

Il semble pertinent de mentionner qu'à cette époque, le terme « limite » était utilisé pour rendre compte de ce que les manuels diagnostiques et statistiques appellent maintenant les troubles de personnalité.

La seconde section de ce chapitre permettra de mieux définir la pathologie limite, à partir des travaux du psychiatre américain James F. Masterson et du psychiatre et psychanalyste américain Otto Kernberg, tous deux reconnus pour leurs travaux sur la pathologie des cas limites et du narcissisme.

Définition du TPL

Dans une perspective psychodynamique, ces deux auteurs ont apporté d'importantes précisions théoriques quant au TPL avec des travaux portant principalement sur l'étiologie du trouble (Masterson, 1967) ainsi que sur la classification et le traitement (Kernberg, 1967).

TPL selon la théorie psychodynamique

Les travaux de Masterson s'inscrivent dans la lignée des travaux de Mélanie Klein (1975) et de Daniel Stern (1985) en ce qui a trait à la théorie des relations d'objet, et s'inspirent de la théorie de la psychologie du Soi, initialement élaborée par Jung (1965)

puis reprise par Kohut (1971). Ce domaine de la psychologie porte une attention particulière au développement du Soi et à son épanouissement. L'élaboration de l'approche Masterson s'est également inspirée des recherches sur l'attachement (Bowlby, 1969, 1973, 1980) et des principes des neurosciences affectives et sociales se rapportant au développement psychologique de l'enfant (Schoore, 1994; Siegel, 1999).

Selon ce théoricien, la pathologie limite est initiée par un important désajustement dans la relation mère-enfant, lors de la phase de séparation-individuation, plus précisément à la sous-phase de rapprochement, provoquant un arrêt du développement et la fixation de défenses primitives (Orcutt, 1996). C'est-à-dire qu'un sentiment dépressif d'abandon induit par le désajustement entre l'enfant et son parent à l'étape de la séparation-individuation, vers 18 mois, lors de la sous-phase du rapprochement, provoque chez ce dernier un arrêt du développement, une inhibition de la maturation du moi. L'enfant, dans son rapport à son parent, a fait un apprentissage profond que l'expression de soi et l'activité autonome suscitent un affligeant retrait de l'approbation du parent ressenti comme un rejet émotionnel, une perte d'amour. Pour une raison qui échappe parfois au parent, celui-ci n'est pas en mesure de fournir à son enfant la latitude et la sécurité dont il a besoin pour explorer son environnement et de lui permettre de revenir vers lui afin de diminuer son angoisse de séparation. L'enfant a plutôt le sentiment que son parent lui reproche ses explorations et son individuation; il ressent la frustration de son parent et sait qu'il doit taire son agressivité, son désir de devenir lui-même, d'être autonome, car il anticipe le retrait émotionnel du parent. Et c'est cet

apprentissage qui marquera le pattern de l'individu limite que Masterson (1976) nomme la triade des troubles du soi : l'activation autonome mène à la dépression d'abandon, qui elle mène aux défenses primitives. Selon lui, l'individu limite a une capacité unique de se déplacer défensivement dans les différentes modalités (bon ou mauvais) du clivage.

L'élaboration de son traitement est fondée sur la prémisse que l'individu limite utilise principalement comme mécanisme de défense le clivage et qu'il appartient au thérapeute de devenir le parent suffisamment bon, que l'enfant n'a pas eu la chance d'avoir, de le confronter à la réalité et d'interpréter les mouvements transférentiels dans la relation thérapeutique, tout en lui apprenant par l'exemple, la régulation émotionnelle du Soi réel, la régulation narcissique saine, l'activation autonome et les représentations riches et nuancées de la réalité.

Kernberg (2004), quant à lui, décrit l'organisation de la personnalité limite comme une organisation de niveau intermédiaire entre les psychoses et les névroses, et considère que cette organisation de la personnalité, stable et spécifique, n'est pas un état transitoire, mais bien une structure au même titre que les structures psychotique et névrotique. Selon lui, une personnalité limite fait preuve de diffusion de l'identité, de failles dans la différenciation soi / objet (ou de faiblesse du moi provoquant le manque de tolérance à l'angoisse, le manque de contrôle pulsionnel et le manque de développement des voies de sublimation), de prédominance d'agressivité orale, d'un certain maintien de l'épreuve de la réalité et de mécanismes de défenses primitifs (clivage, idéalisation,

dévalorisation, déni et identification projective). Il précise également que, d'un point de vue diagnostique, cette organisation présente une symptomatologie névrotique (présence d'inhibitions préservant les individus contre le développement de l'angoisse), dont l'apparition et la consolidation sont le signe d'un échec du refoulement (Petot, 1979).

Dans un éditorial sur le TPL, Kernberg et Michels (2009) mentionnent qu'il existe deux notions différentes, du point de vue clinique, quant au terme « limite ». La première notion fait référence à une catégorie plus inclusive de patients dont la psychologie sous-jacente n'est pas représentative du chaos, de la désorganisation ou de la perte du « testing » de la réalité comme l'est la psychologie sous-jacente des patients psychotiques, mais elle témoigne de difficultés d'intégration, de stabilité dans les relations interpersonnelles et de régulation affective généralement liées à la pathologie névrotique. Du point de vue de la sévérité, cette organisation se positionnerait entre la psychose et la névrose et manifesterait une comorbidité avec de plus sévères troubles de personnalité, et à l'occasion même, avec d'instables et poly-symptomatiques désordres de l'axe I. Il précise que cette notion d'organisation limite correspond à une structure sous-jacente et non à une symptomatologie de surface. Quant à la seconde notion du terme « limite », Kernberg et Michels stipulent qu'elle fait davantage référence à la nosologie officielle du DSM-IV-TR (APA, 2000) en psychiatrie qui renvoie aux troubles spécifiques du groupe B des troubles de personnalité de l'axe II. Cette définition de cette seconde notion correspond à une phénoménologie de surface et non d'une structure ou d'une organisation psychologique sous-jacente. Toutefois, l'ensemble des troubles de

personnalité des groupes A, B et C présenterait une organisation de la personnalité limite.

C'est donc dire que tous les troubles de personnalité du groupe B partageraient une structure organisationnelle limite alors que les organisations limites ne sont pas toutes limites selon ces critères. Il existerait donc une différence entre la structure sous-jacente et la symptomatologie en présence, ou plutôt son intensité d'expression, de laquelle découlent les différents troubles.

TPL selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

La définition du TPL du DSM-III provient initialement d'une revue de la littérature de Gunderson et Singer (1975) qui présentait des critères diagnostiques distincts appartenant aux dimensions affectives, impulsives (contrôle des impulsions), interpersonnelles, sociales (difficultés d'adaptation) et aux cognitions à valence psychotique. Cette revue a également permis la création d'un instrument de mesure semi-structuré, soit le *Diagnostic Interview for Borderlines* (DIB; Gunderson et al., 1981). Puis, une analyse fonctionnelle discriminante des 29 caractéristiques descriptives de cette entrevue, à partir d'un échantillon de 33 patients limites, a permis de distinguer sept critères permettant de différencier les patients limites des groupes de comparaison (Gunderson & Kolb, 1978). À ces sept critères, Spitzer, Forman et Nee (1979) ont ajouté le critère de l'identité instable proposé par Grinker, Werble et Drye (1968) et Kernberg (1967), formant ainsi un ensemble de huit critères qu'ils ont ensuite soumis pour

évaluation à un groupe de psychiatres afin de justifier leur utilité clinique (Skodol, Gunderson et al., 2002). Ce sont ces huit critères qui sont présents dans la définition du TPL dans le DSM-III de 1980. Lors de la révision du DSM-III en 1987, seule la nomenclature des critères diagnostiques a été révisée¹.

Lors de la parution du DSM-IV (APA, 1994), plus de 300 articles avaient été publiés au sujet de ce diagnostic. Ces études sont responsables des modifications importantes apportées aux critères diagnostiques : le retrait du critère concernant l'identité instable remplacé par un critère de distorsions sévères dans la perception de soi ainsi que l'ajout d'un neuvième critère concernant les symptômes dissociatifs sévères associés au stress ou les idéations paranoïdes.

Dans le DSM-5 (APA, 2013), les critères diagnostiques pour le TPL sont demeurés inchangés. Cependant, la section III du DSM-5 propose un modèle alternatif « destiné à pallier les nombreux défauts de l'approche traditionnelle des troubles de personnalité », où le critère A est reformulé (DSM-5; APA, 2013, p. 896). Les troubles de personnalité y sont définis par des altérations du fonctionnement de la personnalité et par des traits de personnalité pathologique. Un diagnostic nécessite donc une évaluation de ces deux caractéristiques. Dans ce nouveau modèle, la personnalité limite est définie par les caractéristiques typiques suivantes : l'instabilité de l'image de soi, des objectifs

¹ Il est possible d'observer ces modifications de la nomenclature dans un tableau de l'article intitulé « The Borderline Diagnosis I : Psychopathology, Comorbidity, and Personality Structure » (Skodol, Gunderson et al., 2002).

personnels, des relations interpersonnelles et des affects, associée à l'impulsivité, à la prise de risque et/ou à l'hostilité. De plus, une précision est faite quant aux difficultés caractéristiques qui seraient apparentes au niveau de l'identité, de l'autodétermination, de l'empathie et/ou de l'intimité associées à des traits mal adaptés spécifiques dans le domaine de l'affectivité négative, de l'antagonisme et/ou de la désinhibition. Les critères diagnostiques proposés sont présentés en Appendice B.

Ce modèle alternatif pour l'évaluation et le diagnostic du TPL rejoint davantage les conclusions des études cherchant à identifier les difficultés fondamentalement spécifiques au TPL. De récentes études proposent, à la suite d'analyses factorielles, des modèles à un, deux, trois et quatre facteurs. Toutefois, les modèles à trois facteurs semblent mieux refléter les dimensions fondamentales de la psychopathologie limite, soit l'instabilité des relations interpersonnelles, la dysrégulation comportementale ou l'impulsivité et la dysrégulation affective ou émotionnelle (Sanislow et al., 2002).

Maintenant que les dimensions fondamentales du fonctionnement des individus souffrant d'une pathologie limite sont définies, est-ce possible que les recherches développementales puissent contribuer à la compréhension du fonctionnement des individus présentant cette pathologie?

Attachement, mentalisation, régulation affective et TPL

La prochaine section traitera des apports théoriques à la compréhension du fonctionnement limite à partir des concepts d'attachement, de mentalisation et de régulation affective.

Attachement et TPL

Les études portant sur l'attachement des individus limites ont tendance à mettre de l'avant ce que Bowlby (1977, 1980, 1991) proposait comme perspective éthologique : une profonde insécurité de l'attachement avec d'extrêmes oscillations entre l'attachement et le détachement, entre désirer profondément un lien affectif et redouter la proximité. Bien qu'elles réfèrent toutes à un attachement insécure, elles proposent divers styles d'attachement insécure : un attachement anxieux/ambivalent, un attachement évitant et un attachement désorganisé. Néanmoins, il semble que les styles les plus prévalents d'attachement soit les styles anxieux et désorganisé (Agrawal, Gunderson, Holmes, & Lyons-Ruth, 2004; Levy, Beeney, & Temes, 2011).

Les expériences précoces vécues par les individus éventuellement diagnostiqués limites participent grandement à leur profonde insécurité. Parmi ces expériences précoces se retrouvent des comportements parentaux allant de l'abus à la négligence et où il est possible d'observer un manque d'assertion de la perception ou des sentiments de l'enfant (ignorer, négliger ou rejeter / invalider), des menaces d'abandon ou de retrait de l'amour, ainsi que de fréquentes séparations prolongées, des placements en famille

d'accueil, des abus physiques et sexuels ainsi que de la violence domestique (Sable, 1997). Une étude menée par Sack, Sperling, Fagen et Foelsch (1996) démontre que les individus présentant une pathologie limite évaluaient leurs parents comme étant plus critiques, abusifs et insensibles et moins attentifs, respectueux, compréhensifs, affectueux et aimants que les parents des sujets du groupe contrôle.

Du point de vue génétique, il semble que les parents des individus limites présentent fréquemment un diagnostic appartenant aux troubles du spectre impulsif ou dépressif (Paris, 1998), ce qui suggère une certaine forme d'hérédité (hérédité des traits de personnalité); le résultat d'apprentissages auprès d'un parent qui souffre de difficultés au plan de la régulation affective et de l'impulsivité.

Pour Löffler-Stastka, Szerencsics et Blüml (2009), un développement sévèrement perturbé par l'échec de la figure d'attachement à contenir les affects de l'enfant pourrait générer des processus dissociatifs et interrompre l'intégration normale du soi. D'ailleurs, MacIntosh, Godbout et Dubash (2015) rapportent quatre facteurs de risque pour la dissociation chez les individus limites : les traitements inconsistants, l'abus sexuel par le donneur de soins, être témoin de violence sexuelle en enfance ou de viol à l'âge adulte. Les recherches portant sur le rôle de la dissociation ont identifié que l'abus ou la négligence émotionnelle étaient fortement liés aux processus dissociatifs chez les individus limites ayant vécu des traumatismes en enfance.

En ce qui concerne les abus sexuels, il convient de réitérer que les abus sexuels en enfance ne sont pas essentiels, ni suffisants pour le développement d'un TPL (Zanarini et al., 1997). Toutefois, Westen, Ludolph, Mislé, Ruffins et Block (1990) ont découvert une haute incidence d'abus sexuels, soit 52 %, chez les adolescentes diagnostiquées limites, durant la période de latence.

En bref, la pathologie limite repose soit sur des distorsions extrêmes, soit sur deux types de soins : des parents qui sont anxieux ou intrusifs ou au contraire, distant et rejetant des besoins émotionnels et physiques de leur enfant (Sable, 1997).

Mentalisation et TPL

Fonagy et ses collègues (Fonagy et al., 1991, 1995, 1996) soutiennent formellement que les expériences précoces de détresse peuvent inhiber les processus mentaux. L'absence de cohérence altère la capacité à mentaliser et entraîne des déficits dans la conscience et la clarté des émotions (Levine, Marciali, & Hood, 1997). Ces déficits peuvent rendre compte de la tendance des individus limites à vouloir à tout prix éviter tout contact avec leur monde émotionnel.

Les études portant sur la mentalisation soutiennent que le principal tableau de la mentalisation chez les individus limites est l'hypermentalisation (Bateman & Fonagy, 2015). L'hypermentalisation serait en fait un état non-mentalisateur qui diffère de la mentalisation de haut niveau par la nature souvent suranalytique, répétitive et fastidieuse

des récits; la fonction intéressée des explications; l'aspect strictement cognitif (intellectualisation) et l'inhabileté à changer de perspectives; c'est-à-dire de prendre en considération le point de vue ou les motivations de l'autre (Bateman & Fonagy, 2015). Cette hypermentalisation serait activée par une sensibilité interpersonnelle chez les individus limites qui provoquerait une instabilité de l'humeur et une dysrégulation affective.

D'ailleurs, il s'avère que les expériences, avant l'âge de 5 ans, d'abus ou de négligence, de séparations prolongées ou de pertes et la présence de troubles psychiatriques chez la mère semblent interagir négativement avec la cohérence des souvenirs précoces, la permanence de l'objet, la symbolisation, la différenciation soi / non-soi. Ces expériences semblent engendrer le développement de mécanismes de défense primitifs tels le déni, le clivage et la projection (Beebe & Lachmann, 1994, Brown, 1993; Schore, 1994, Silverman, 1994; Westen, 1991) et mènent à une défaillance dans l'intégration et le maintien du concept de soi; dans l'organisation du soi.

Régulation affective et TPL

Les études sur la régulation affective et le TPL tendent à s'entendre sur la centralité de l'instabilité affective ainsi que de l'impulsivité dans les relations et l'image de soi (First & Tasman, 2004). Le dysfonctionnement affectif relèverait d'une intensité affective, d'une réactivité affective, d'une affectivité négative, d'une instabilité affective

et d'une vulnérabilité émotionnelle (Linehan, 1993; Livesley, Jackson, & Schroeder, 1992; Livesley, Jang, & Vernon, 1998; Skodol, Siever et al., 2002) bien que la caractéristique centrale de ce désordre soit l'affectivité négative qui engendrerait une plus grande difficulté avec la modulation et l'expression d'affects intenses, telles que la colère et l'anxiété (Koenigsberg et al., 2002).

Ces difficultés quant à la gestion des affects, particulièrement en ce qui a trait à leur intensité, pourraient expliquer les nombreux comportements d'évitement de ces individus : l'évitement expérientiel, la suppression des pensées, la suppression de l'expression et le rejet de la réalité (Cheavens & Heiy, 2011).

Les recherches développementales ont démontré que des soins incohérents et inadéquats peuvent conduire à des déficits dans la reconnaissance et la régulation affective, ce qui se reflètent par de l'impulsivité; une faiblesse du système d'inhibition de la réponse, de l'hostilité et un manque d'empathie (Allen, 1995, 2005; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2018; Schore, 2003; Shaver & Mikulincer, 2014; Werner & Gross, 2010). Il semble également que ces soins conduisent à des altérations dans le circuit de la récompense, compromettant leur capacité à former des attentes positives en ce qui concerne des gratifications éventuelles et la prise de décision (Vega et al., 2013). Au plan relationnel, ces déficits provoqueraient une « hyperréactivité » du système d'attachement (Fonagy & Bateman, 2006) ou une hyperactivation du système d'attachement (Mikulincer et al., 2003).

Salsman et Linehan (2012) soutiennent que les trois principales déficiences au niveau de la régulation affective des individus limites seraient l'accès limité aux stratégies de régulation émotionnelle, un manque de clarté émotionnelle et des difficultés à s'engager dans des comportements orientés vers un but.

Par ailleurs, selon Southwick et Satel (1990), l'abus de substances, caractéristique relativement présente chez les individus limites, chez les deux tiers d'entre eux, est perçu comme une forme d'automédication face aux sentiments de vide, d'ennui et de rage. L'abus de substances, un comportement autodestructeur, servirait à soulager dans l'immédiat la tension affective engendrée par des sentiments intolérables ou à taire des pensées douloureuses. Akhtar (1984) souligne que le sentiment d'ennui indique une notion de soi peu établie et pourrait conduire à la recherche de sensations et à la sociabilité compulsive.

Les résultats des recherches développementales sur le TPL permettent de rendre compte d'échecs ou de difficultés à négocier avec succès certains enjeux développementaux, dont la sécurité de l'attachement, qui est liée à la confiance et à l'autonomie, la fonction réflexive, qui correspond à l'habileté à identifier et à interpréter son environnement, ses comportements et ceux des autres, et la régulation des affects, qui permet de développer une forme d'autocontrôle. Plus particulièrement, ces résultats révèlent une profonde insécurité de l'attachement compromettant les développements social, cognitif et émotionnel, qui ont un impact sur la définition du Soi.

Chapitre 3

État de stress posttraumatique complexe

Ce troisième chapitre présente une revue exhaustive des considérations théoriques de différents auteurs menant à la définition de l'ESPTC. Ensuite seront présentées les différentes études ainsi que les études déterminantes menant à l'inclusion de ce diagnostic dans la CIM-11 (OMS, 2018), puisqu'il n'est toujours pas reconnu par le DSM. Puis seront présentés les critères diagnostiques adoptés. Enfin, les caractéristiques relatives aux concepts abordés, dans le Chapitre I du présent essai, seront développées.

La première section de ce chapitre traite de l'évolution des considérations historiques menant à la définition de l'ESPTC.

Évolution du concept du diagnostic d'ESPTC

Le diagnostic d'ESPTC a fait son entrée dans la version parue en juin 2018, de la CIM-11. Cependant, cette nouvelle nomenclature, concernant ce que plusieurs cliniciens œuvrant dans le domaine de la traumatologie observent, est largement controversée. Pourtant, plusieurs cliniciens soutiennent que l'ajout de ce diagnostic permet de mieux dépeindre une situation clinique dont la prévalence semble élevée et favorise l'augmentation et l'unification des recherches s'y rapportant, tant du point de vue de la validation du construit que des apports théoriques et cliniques favorisant l'application de traitements ciblés.

Afin de mieux comprendre les enjeux entourant son inclusion dans la CIM-11 (OMS, 2018), voici l'histoire de ce diagnostic clinique. Ce sont d'abord les littéraires qui ont mis en scène les répercussions psychologiques des facteurs de stress traumatique. Puis, des portraits cliniques sont apparus vers le milieu du 19^e siècle, décrits par des psychiatres et des médecins des deux côtés de l'Atlantique concernant des syndromes présents chez d'anciens militaires (trouble affectif du soldat, syndrome de Da Costa, névrose traumatique, obusite, fatigue du combattant, etc.) et des civils (traumas liés à des accidents ferroviaires – *railway spine*) qui présentaient plusieurs sinon tous les symptômes associés au diagnostic d'état de stress posttraumatique (ESPT).

Dans le premier Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM; APA, 1952), un diagnostic de réaction aigüe au stress permet de classer les individus dont la psychologie est modifiée à la suite d'une exposition déstabilisante à des événements traumatiques militaires ou civils. Considéré temporaire et réversible, plusieurs critiques lui ont ensuite été adressées. Toutefois, ce diagnostic s'avère être celui de réactions névrosées (DSM; APA, 1952), si la condition persiste dans le temps. Dans la deuxième version (DSM-II; APA, 1968), ce diagnostic a été éliminé. L'alternative diagnostique est alors la réaction situationnelle, ce qui avait pour effet de banaliser les symptômes et la condition de ces individus traumatisés. Dans la version suivante du manuel (DSM-III; APA, 1980), le diagnostic d'ESPT fait sa première apparition dans la section des troubles anxieux. Ce diagnostic est venu en réponse au besoin reconnu par plusieurs cliniciens de classer ces individus souffrant de

syndromes sévères, chroniques et quelquefois irréversibles à la suite d'une exposition à un ou des événements catastrophiques. Dans les éditions subséquentes (DSM-III-R; APA, 1987 - DSM-IV; APA, 1994 - DSM-IV-TR; APA, 2000), le construit, basé sur le critère diagnostique, est demeuré inchangé bien que les symptômes descriptifs soient passés de 12 à 17 et que les trois groupes de symptômes aient été remaniés.

Quelques années avant la parution du DSM-IV (APA, 1994), Judith Herman (1992a) est la première à proposer et décrire le diagnostic d'ESPTC, un syndrome observable chez des individus ayant survécu à des événements traumatiques, interpersonnels, soutenus et récurrents. Herman allègue que le diagnostic d'ESPT ne définit pas avec assez de précision la condition dans laquelle se trouvent ces individus puisque les critères diagnostiques de l'ESPT ont été développés auprès d'individus ayant subi des traumatismes précis et circonscrits. Ce nouveau diagnostic comporte des groupes de symptômes reflétant des altérations dans la régulation, la conscience, la perception de soi, la perception de l'agresseur, des relations interpersonnelles et du système de croyances. Considérant cette théorisation, les membres du groupe chargé de faire les recherches pour le DSM-IV (APA, 1994) considère ce diagnostic sous l'appellation DESNOS (*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified*), un proche parent de l'ESPTC. Les résultats de leurs études les amènent à conclure que tous les individus qui présentent les symptômes du DESNOS présentent également les symptômes de l'ESPT (Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk, & Mandel, 1997; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005). Ils jugent alors approprié

d'incorporer certains des symptômes du DESNOS à celui de l'ESPT dans le DSM-IV (APA, 1994), présentés comme symptômes associés et descriptifs. Cependant, ces dits symptômes associés et descriptifs sont retirés, par le comité de décision, de la version révisée (DSM-IV-TR; APA, 2000). Parallèlement toutefois, des changements sont observés dans la configuration de la nouvelle version de la CIM-10 (OMS, 1994); l'ESPT passe au sein des troubles induits par le stress et le diagnostic, de modification durable de la personnalité suivant une expérience catastrophique (F.62.0), est introduit. À la suite de ces ajustements, d'autres diagnostics sont proposés pour dépeindre les manifestations mises en évidence par Herman (1992b) : trouble développemental lié à un trauma, proposé par van der Kolk (2005), pour des enfants ayant subi des traumas répétés, et trouble de la personnalité posttraumatique (Classen, Pain, Field, & Woods, 2006).

Cependant, ces dernières propositions diagnostiques n'ont pas été reconnues et les chercheurs se sont afférés à démontrer qu'il y avait une réelle nécessité d'inclure un diagnostic définissant cette psychopathologie observée par tant de cliniciens afin de favoriser les recherches portant sur son traitement. La prochaine section de ce chapitre présente la pensée de plusieurs auteurs dont les conclusions appuient la reconnaissance de l'ESPTC.

Études supportant l'inclusion du diagnostic dans la CIM-11

Afin d'inclure le diagnostic d'ESPTC dans la CIM-11 (OMS, 2018), plusieurs recherches voient le jour. Certaines portent sur les facteurs précipitants : les enfants ayant subi des sévices sexuels (Choi, Klein, Shin, & Lee, 2009; Jackson, Nissenson, & Cloitre, 2010; Roth et al., 1997); la négligence et les traumatismes en enfance (Classen et al., 2006; Dorahy et al., 2009) et la relation entre la nature interpersonnelle du trauma et sa complexité ou sévérité (Courtois, 2004; Courtois & Ford, 2009; Cloitre, Petkova, Wang, & Lu, 2012).

D'autres auteurs s'intéressent à la symptomatologie (Cloitre et al., 2011; Courtois, 2004; Ford, 1999; Herman, 1992b; Jackson et al., 2010; Margolin & Vickerman, 2007), à la mesure de l'ESPTC par *The Structured Interview for Disorders of Extreme Stress* (SIDES; Ford & Kidd, 1998; Pelcovitz et al., 1997; Scoboria, Ford, Lin, & Frisman, 2008; Zlotnick & Pearlstein, 1997), ainsi que par d'autres mesures initialement validées pour évaluer d'autres symptomatologies (Choi et al., 2009; Cloitre et al., 2010; Resick, Nishith, & Griffin, 2003; Zlotnick, Shea, Pearlstein, & Simpson, 1996).

Puis, différentes études tentent d'établir la validité discriminante (Grant, Beck, Marques, Palyo, & Clapp, 2008; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Kring, 2008), les distinctions entre l'ESPT et l'ESPTC (Cloitre, Miranda, Stovall-McClough, & Han, 2005; Klein & Riso, 1993; Lilienfeld, Waldman, & Israel, 1994; van der Kolk, Pelcovitz, Roth, & Mandel, 1996), les distinctions entre le TPL et l'ESPT ou

l'ESPTC (Arntz et al., 2009; Edens, Marcus, & Ruiz, 2008; Gunderson & Sabo, 1993; Herman & van der Kolk, 1987; Lewis & Grenyer, 2009; Rothschild, Cleland, Haslam, & Zimmerman, 2003; Trull, Widiger, & Guthrie, 1990). Plus récemment, des études portent sur les symptômes discriminants l'ESPTC des autres diagnostics comme l'ESPT, le TPL ainsi que le trouble dépressif majeur (TDM) (Courtois & Ford, 2009; Grant et al., 2008; Kessler et al., 1995; Kring, 2008). Enfin, certaines recherches tentent de corroborer la nécessité du diagnostic en élaborant des traitements qui s'avèrent positifs dans la réduction des symptômes discriminants (Chard, 2005; Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002; Cloitre et al., 2010; Dorrepaal et al., 2010; Resick et al., 2003; Robjant & Fazel, 2010; Zlotnick et al., 1997).

Les études précédemment mentionnées portant sur les facteurs précipitants (facteurs associés au trauma complexe à partir desquels l'ESPTC a été conceptualisé) permettent de souligner l'impact des traumas sur la définition et la régulation du soi, qui se produisent au cours des phases critiques du développement durant l'enfance. L'impact est un compromis développemental (Courtois & Ford, 2009), relié aux contraintes physique, psychologique, développementale, relationnelle, environnementale et sociale auxquelles l'enfant ne peut se soustraire (Cloitre et al., 2012). Cette dernière étude démontre que le nombre d'expériences traumatiques vécues durant l'enfance permet de prédire des troubles reliés au fonctionnement affectif et interpersonnel. Cependant, des recherches sont encore nécessaires afin d'établir une relation de causalité entre le trauma complexe et l'ESPTC.

Les études concernant la symptomatologie indiquent une disparité quant aux symptômes proposés pour définir l'ESPTC. Toutefois, elles font toutes état d'altérations au niveau de la régulation émotionnelle et de la conscience (attention et concentration). Et les plus récentes études présentées dans la prochaine section de ce chapitre semblent néanmoins se diriger vers un consensus.

Quant aux études utilisant l'Entrevue structurée pour l'état de stress extrême non spécifié (ESENS ou SIDES), leur objectif est de valider la fidélité du construit. Cependant, le construit de l'ESENS (ou DESNOS) n'est pas identique à celui de l'ESPTC; l'ESENS comporte des symptômes qui ne sont pas inclus dans l'ESPT alors que celui de l'ESPTC comporte les symptômes de l'ESPT et des symptômes associés. Donc, la validation de la fidélité du construit de l'ESPTC par l'utilisation de l'ESENS, la seule mesure développée à cette période pour évaluer l'ESENS (Pelcovitz et al., 1997; Scoboria et al., 2008), présente des lacunes. La validité (Zlotnick & Pearlstein, 1997) et les diverses méthodes de compilation des données sont questionnées (Ford & Kidd, 1998; Pelcovitz et al., 1997; Scoboria et al., 2008; Zlotnick & Pearlstein, 1997). De même, il semble que la formulation de cette entrevue ne relie pas les symptômes à un événement traumatique, le critère principal du diagnostic de l'ESPT et de l'ESPTC. Il apparaît donc qu'aucun lien de causalité ne peut être retiré du fait de son utilisation. Quant aux études portant sur les autres mesures utilisées pour mesurer l'ESPTC, les mêmes conclusions peuvent être déduites; ces mesures ne sont pas élaborées dans le but de mesurer l'ESPTC. Il devient alors difficile dans ce contexte de comparer des études

utilisant des instruments différents. Des recherches s'avéraient donc indispensables afin de mettre au point une ou des mesures permettant d'évaluer l'ESPTC de manière uniforme et en lien direct avec le construit.

Les études portant sur la validité discriminante du construit de l'ESPTC soulignent le chevauchement de certains symptômes avec ceux de l'ESPT, du TPL et du TDM. Ceux-ci sont la dysrégulation affective (Kring, 2008), le désespoir et le sentiment d'inaptitude, qui sont des caractéristiques principales de la dépression (Beck, 1967), ainsi que les symptômes dissociatifs (Courtois & Ford, 2009). Cependant, dans les manuels diagnostiques, il est fréquent d'observer ce chevauchement de symptômes, mais les diagnostics demeurent tout de même distincts quant à leur étiologie. En ce qui a trait aux diagnostics d'ESPT et d'ESPTC qui, jusque-là partagent la même étiologie, plusieurs explications demeurent en suspens. Il peut s'agir de deux syndromes indépendants partageant la même étiologie, d'expressions phénotypiques alternatives du même fonctionnement d'un trouble ou de deux syndromes dont l'un est simplement une expression particulière de l'autre (Klein & Riso, 1993). Quant aux résultats obtenus à partir des études portant sur les chevauchements entre le TPL et l'ESPTC, qui se situent principalement aux plans de la dysrégulation affective, de la dysrégulation du contrôle de l'impulsivité et dans l'instabilité relationnelle (Resick et al., 2012), ceux-ci ont poussé plusieurs auteurs à examiner la possibilité de reclasser le TPL parmi les troubles associés au trauma complexe (Gunderson & Sabo, 1993; Herman & van der Kolk, 1987; Lewis & Grenyer, 2009). Ces mêmes résultats supportent un consensus croissant

statuant que la plupart des troubles de personnalité reflèteraient une déviation de la personnalité normale par degré et non par type (Haslam, 2007; Trull & Durrett, 2005) suivant un large éventail de mésadaptations posttraumatiques où le trauma joue un rôle de première instance.

En ce qui concerne les études sur les symptômes discriminants, elles permettent de mettre en lumière deux symptômes qui demeurent spécifiques à l'ESPTC, soit des changements ou modifications observables au plan de la personnalité ainsi qu'une perte ou modification du système initial de croyances à propos de soi, du monde et des relations interpersonnelles (Resick et al., 2012). Néanmoins, la nécessité d'effectuer des recherches subsistent toujours, particulièrement en ce qui a trait aux individus ayant subi des sévices sexuels en enfance ou toutes autres formes de traumatismes durant cette période, afin de déterminer l'incidence de ces traumatismes au plan développemental; affectent-ils la personnalité et le système initial de croyances ou participent-ils à construire un nouveau registre de comportements et de croyances à propos de soi, du monde et des relations interpersonnelles? Bien que plusieurs études portent sur l'incidence de ces symptômes, aucune association n'est clairement établie prouvant que les individus ayant subi des traumatismes sexuels en enfance ont de plus fortes probabilités de présenter des altérations dans le concept de soi que les individus ayant subi d'autres formes de traumatismes.

Enfin, l'ensemble des études portant sur le traitement des symptômes de l'ESPTC n'ont pas utilisé des critères spécifiques d'inclusion se rapportant au diagnostic à

l'épreuve; elles ne permettent donc pas de mettre en évidence l'efficacité de traitements spécifiques pour les individus présentant un ESPTC.

L'ensemble de ces études ont été critiquées dans un article intitulé « A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5 » (Resick et al., 2012). Les critiques portent principalement pour les nombreuses limites qu'elles présentent; plus particulièrement sur le manque d'unification dans les définitions du construit et sur l'incertitude quant à son étiologie, et enfin, pour les difficultés que présentent leurs comparaisons. Cet article soulève de nombreuses plumes dans le monde de la recherche en traumatologie. Entre autres, Herman (2012) avait ciblé trois problèmes : la prévalence élevée de l'ESPTC, l'utilité et la signification clinique de ce nouveau diagnostic ainsi que son utilité conceptuelle. Elle propose une appellation permettant le développement des recherches dans ce domaine, soit le spectre des désordres posttraumatiques. Bryant (2012, p. 252), quant à lui, souligne que le débat entourant l'intégration du diagnostic d'ESPTC concerne principalement « la définition du trouble, car il n'existe pas en tant que catégorie diagnostique, n'est pas formellement défini par un ensemble de symptômes et ne peut être évalué à partir d'instruments de mesures standardisés » [traduction libre]. Toutefois, cet auteur souligne que les articles critiqués n'ont pas tous un lien direct avec la définition de l'ESPTC qui, selon lui, est une variante complexe de l'ESPT. Il souligne également que le principal facteur discriminant de l'ESPTC est la dysrégulation affective, et ce, en regard de l'ESPT et du TPL. Quant à Lindauer (2012), sa critique de l'article concerne la contribution

préventive de l'ajout d'un tel diagnostic dans les systèmes de classification. Il prétend que jusque-là, la reconnaissance et le traitement des abus en enfance ainsi que de leurs conséquences étaient inadéquats et que l'ajout du diagnostic de l'ESPTC, malgré l'insuffisance des données scientifiques supportant l'inclusion de ce diagnostic, aurait des conséquences cliniques, politiques et sociales importantes. Le traitement des enfants en bas âge, aux prises avec un trouble développemental induit par le trauma, sert à prévenir de futures séquelles à l'âge adulte. De plus, il mentionne que bien que les définitions de Courtois et Ford (2009) et van der Kolk et collègues (2009) utilisées dans le domaine du trauma complexe soient différentes, celles-ci soutiennent le processus clinique et discriminent le trauma complexe du trauma de type I. Il insiste sur le fait que le trauma complexe, une violence répétée de nature interpersonnelle, se produit dans une relation de dépendance, une relation où l'enfant est dépendant d'une figure d'attachement abusive. D'autres chercheurs, dont Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant et Maercker (2013), se sont également opposés aux conclusions de Resick et ses collègues (2012) en s'afférant à développer des études permettant de mettre en lumière les propos d'Herman et les observations des cliniciens qui revendiquent un nouveau diagnostic parce que le diagnostic d'ESPT ne représente que partiellement le spectre des problèmes psychophysiologiques des individus ayant été exposés à de multiples traumas sur de longues périodes de temps.

Par la suite, la classification dans laquelle il a été possible d'observer le plus de changements quant au diagnostic d'ESPT était celle du DSM-5 (APA, 2013). D'abord,

l'abolition du critère A2 et les modifications apportées au critère B (Friedman, Resick, Bryant, & Brewin, 2011), puis le reclassement du trouble, initialement considéré comme un trouble anxieux, dans la section des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress (Friedman, Resick, Bryant, Strain et al., 2011) où quatre types de symptômes caractéristiques sont actuellement proposés et supportés par des analyses factorielles. Il s'agit de la reviviscence, de l'évitement, des altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur ainsi que de l'hyperréactivité. Un sous-type d'ESPT, le type dissociatif (Lanius et al., 2010), y est également proposé ainsi que des critères s'appliquant exclusivement aux enfants de moins de 6 ans.

Ces changements apportés au diagnostic d'ESPT dans le DSM-5 ont été et sont encore largement contestés. L'inclusion de plusieurs symptômes associés à l'ESPTC dans les critères diagnostiques de l'ESPT ainsi que du sous-type dissociatif compliquent la tâche des chercheurs s'afférant à valider le construit de l'ESPTC (De Jongh et al., 2016). Cependant, et malgré l'absence du terme ESPTC dans la nomenclature diagnostique, les inclusions des critères centraux dans l'ESPT (dysrégulation émotionnelle, changements cognitifs et difficultés interpersonnelles) permettent de constater une reconnaissance conceptuelle des effets des traumas négligés dans les versions précédentes du DSM (Landy, Wagner, Brown-Bowers, & Monson, 2015).

Vers une définition

Depuis la proposition d'Hermann en 1992, comprenant huit critères : (a) une histoire de subjection à un contrôle totalitaire pour une période prolongée; (b) des altérations dans la régulation des affects; (c) des altérations de l'état de conscience; (d) des altérations dans la perception de soi; (e) des altérations dans la perception de l'abuseur; (f) des altérations dans les relations interpersonnelles; (g) des altérations dans les systèmes de croyances; ainsi que (h) de la somatisation, plusieurs chercheurs tentent d'identifier les critères diagnostiques de l'ESPTC. Courtois (2008) et van der Kolk (2005) conservent sept des huit critères d'Hermann pour décrire l'ESPTC dans leurs études. Ils éliminent le premier critère (une histoire de subjection à un contrôle totalitaire pour une période prolongée) et modifient le troisième critère en incluant des altérations dans l'attention et l'état de conscience. Cloitre et ses collègues (2011) priorisent cinq types de symptômes : (a) des difficultés dans la régulation émotionnelle; (b) des perturbations dans les capacités relationnelles; (c) des altérations dans l'attention et l'état de conscience; (d) des altérations négatives des systèmes de croyances ainsi que (e) une détresse somatique et de la désorganisation. Et enfin, l'équipe de Cloitre (2013) et Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, van Ommeren et al. (2013) réduisent le nombre de types de symptômes à trois en proposant : (a) la dysrégulation affective; (b) la perception négative de soi; ainsi que (c) les perturbations interpersonnelles, symptômes décrits collectivement comme des perturbations dans l'organisation du soi (POS). Le Tableau 1 suivant présente les éléments mentionnés précédemment.

Tableau 1

Critères diagnostiques proposés pour l'ESPTC

Herman (1992)	Courtois (2008) et van der Kolk (2005)	Cloitre et collègues (2011)	Cloitre et al. (2013) et Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, van Ommeren et al. (2013)
(a) Une histoire de subjection à un contrôle totalitaire sur une période prolongée	(a) Des altérations dans la régulation et les affects	(a) Des difficultés dans la régulation émotionnelle	Trois regroupements concernant les perturbations dans l'organisation du soi (POS) :
(b) Des altérations dans la régulation des affects	(b) Des altérations de l'état de conscience	(b) Des perturbations dans les capacités relationnelles	(1) Dysrégulation affective
(c) Des altérations de l'état de conscience	(c) Des altérations dans la perception de soi	(c) Des altérations dans l'attention et l'état de conscience	(2) Concept de soi négatif
(d) Des altérations dans la perception de soi	(d) Des altérations dans la perception de l'agresseur	(d) Des altérations négatives des systèmes de croyances	(3) Perturbations dans les relations interpersonnelles
(e) Des altérations dans la perception de l'agresseur	(e) Des altérations dans les relations interpersonnelles	(e) Détresse somatique et désorganisation	
(f) Des altérations dans les relations interpersonnelles	(f) Des altérations dans les systèmes de croyances		
(g) Des altérations dans les systèmes de croyances	(g) Somatisation		
(h) Somatisation			

Avant l'inclusion du diagnostic dans la CIM-11, les plus récentes études concernant l'ESPTC (Cloitre et al., 2013; Cloitre, Garvert, Weiss, Carlson, & Bryant, 2014; Eiklit et al., 2014; Knefel, Garvert, Cloitre, & Lueger-Schuster, 2015; Perkonig et al., 2016; Wolf et al., 2015) ont toutes repris ces trois mêmes types de symptômes afin de rendre compte de la validité du construit et d'unifier les recherches s'y rapportant. Les résultats de ces recherches sont présentés dans le Tableau 2 à la page suivante.

Karatzias et ses collègues (2017) certifient que les résultats de ces six études supportent l'inclusion du diagnostic de l'ESPTC dans la CIM-11 ainsi que ses distinctions qualitatives avec l'ESPT, d'autant plus qu'à partir de 2013, Cloitre et al. ont développé un instrument de mesure validé pour la première fois en 2017 par l'équipe de Hyland, appelé l'*International Trauma Questionnaire* (ITQ). Cet instrument comprend 28 items pour évaluer les diagnostics d'ESPT et d'ESPTC, suivant la proposition de Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, van Ommeren et al. (2013) pour l'introduction du diagnostic dans la CIM-11. En 2018, une version optimisée comprenant 12 items a été finalisée et validée et est, à présent, disponible gratuitement. De plus, l'équipe de Roberts, Cloitre, Bisson et Brewin (2017) travaille à développer et à valider une entrevue diagnostique cliniquement administrée, l'*International Trauma Interview* (ITI) permettant de valider le construit de l'ESPTC et l'efficacité de l'ITQ.

Tableau 2

Les résultats des études les plus récentes avant l'inclusion de l'ESPTC dans la CIM-11

Auteurs et année de publication	N	Instruments utilisés	Analyses	Résultats
Cloitre et al. (2013)	N = 302 Des patients, des É-U, victimes de trauma interpersonnel unique, recherchant un traitement	<ul style="list-style-type: none"> • MPSS-SR • BSI • SAS-SR 	<ul style="list-style-type: none"> • LPA 	Solution à 3 groupes : PTSD, CPTSD et Low symptom
Cloitre et al. (2014)	N = 280 Des femmes américaines victimes d'abus en enfance	<ul style="list-style-type: none"> • CAPS • BSI • SCID-II • SAS-SR 	<ul style="list-style-type: none"> • LCA 	Solution à 4 groupes : PTSD, CPTSD, Low symptom et BPD
Eiklit et al. (2014)	Trois échantillons danois : (1) Parents endeuillés (N = 607) (2) Victimes de viol (N = 449) (3) Victime d'abus physiques (N = 214)	<ul style="list-style-type: none"> • HTQ-IV • TSC 	<ul style="list-style-type: none"> • LCA 	Solution à 3 groupes pour chacun des échantillons : PTSD, CPTSD et Low symptom
Knefel et al. (2015)	N = 229 Adultes australiens ayant survécu à des abus institutionnels	<ul style="list-style-type: none"> • PCL-C • BSI 	<ul style="list-style-type: none"> • LPA 	Solution à 4 groupes : PTSD, CPTSD, DSO et Low symptom

Tableau 2 (suite)

Les résultats des études les plus récentes avant l'inclusion de l'ESPTC dans la CIM-11

Auteurs et année de publication	N	Instruments utilisés	Analyses	Résultats
Perkonig et al. (2016)	N = 640 Un échantillon représentatif de la communauté des adolescents et des jeunes adultes allemands	<ul style="list-style-type: none"> SCL-90-R 	<ul style="list-style-type: none"> LCA 	Solution à 4 groupes : PTSD, CPTSD, DSO/Low symptom et Low symptom
Wolf et al. (2015)	Deux échantillons des États-Unis : (1) Des participants de la communauté qui ont reporté avoir été exposé à un trauma défini dans le DSM-5 et cotent aux critères du DSM-5 pour un probable diagnostic d'ESPT à vie (N = 345) (2) Des vétérans de l'armée (N = 323)	<ul style="list-style-type: none"> NSES 	<ul style="list-style-type: none"> CFA 	Modèle à un facteur (où les critères du PTSD et DSO se combinent) Modèle à 2 facteurs (où les facteurs PTSD et DSO sont corrélés)
			<ul style="list-style-type: none"> LPA 	Solution à 4 groupes avec des différences dans la sévérité
			<ul style="list-style-type: none"> FMM 	Solution à 4 groupes et 2 facteurs différant quant à la sévérité

L'ensemble de ces études et travaux, particulièrement ceux de Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, van Ommeren et al. (2013) et Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed et al. (2013), a mené à l'inclusion du diagnostic d'ESPTC dans la CIM-11, en juin 2018.

La prochaine section de ce chapitre aborde donc la définition de l'ESPTC ainsi qu'elle est présentée dans la CIM-11.

Définition de l'ESPTC dans la CIM-11

En juin 2018, dans la CIM-11, l'ESPTC (code 6B41) est introduit et décrit comme un désordre qui peut survenir à la suite d'une :

exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrême et prolongée ou répétitive qui est expérimenté comme étant extrêmement menaçant ou horrifique et duquel il est difficile ou impossible de fuir ou de se soustraire » (CIM-11; OMS, 2018, p. 200).

Les critères diagnostiques incluent les trois regroupements de symptômes de l'ESPT : (a) un sentiment de menace persistant; (b) l'évitement des souvenirs liés au(x) trauma(s); et (c) ré-expérimenter ou revivre les traumatismes sous forme de flashbacks ou de pensées intrusives; ainsi que trois regroupements additionnels concernant les perturbations dans l'organisation du soi (POS) : (a) des problèmes sévères et envahissants dans la régulation affective; (b) des croyances persistantes à propos de soi comme étant diminué, vaincu ou sans valeur accompagnées de sentiments profonds et persistants de honte, de culpabilité ou d'échec, reliés au stress; ainsi que (c) des difficultés persistantes à entretenir des relations et à se sentir près des autres. Ces

perturbations représentent une perte de ressources émotionnelles, psychologiques et sociales dans des conditions d'adversité prolongée (Cloitre et al., 2013).

Ces regroupements de symptômes permettent de mieux comprendre ce trouble. Cependant, l'absence de symptômes spécifiques et de critères diagnostiques pourraient s'avérer problématique dans les domaines scientifique et clinique (Cloitre et al., 2018).

Afin de tenter de préserver une certaine uniformité, il s'avère pertinent de définir l'ESPTC suivant les 12 items de la version optimisée de l'ITQ que voici : les critères de l'ESPT : RE1 / rêves troublants, RE2 / revivre l'événement dans l'ici et maintenant, AV1 / rappels internes, AV2 / rappels externes, TH1 / hypervigilance, TH2 / nerveux, effrayé, et les critères des perturbations dans l'organisation du soi (POS) : AD2 / difficulté à s'apaiser ou hyperactivation, AD6 / insensibilité ou hypoactivation, NSC1 / sentiment d'échec, NSC2 / sentiment d'être sans valeur, DR1 / sentiment d'isolement et DR2 / difficulté avec la proximité (Cloitre et al., 2018).

Ainsi définis, les critères diagnostiques permettent de mettre en évidence les répercussions des traumatismes extrêmes, prolongés ou répétitifs. Toutefois, est-ce possible que les recherches développementales puissent contribuer à la compréhension du fonctionnement des individus présentant cette pathologie?

Attachement, mentalisation, régulation affective et ESPTC

La prochaine section traitera des apports théoriques à la compréhension du fonctionnement des individus présentant un ESPTC à la lumière des concepts d'attachement, de mentalisation et de régulation des affects.

Attachement et ESPTC

Karatzias et ses collaborateurs (2018) soulignent l'aspect interpersonnel du trauma chez les gens présentant une symptomatologie complexe de l'ESPT et soutiennent que l'un des facteurs les plus importants est une anxiété d'attachement. Toutefois, un questionnement demeure quant à la nature de cette anxiété, découle-t-elle d'une peur du rejet ou d'une difficulté avec la proximité (van Dijke, Ford, Frank, & van der Hart, 2015)? Les résultats de l'étude comparative d'Annemiek van Dijke et ses collègues (2018) confirment que la peur de la proximité est un médiateur de la relation entre le trauma en enfance et la formulation de l'ESPTC selon le DESNOS. Toutefois, ils corroborent également que la peur de l'abandon est aussi un médiateur de cette relation. Enfin, les résultats de Karatzias et ses collègues (2018), supportent également la désorganisation de l'attachement comme étant un facteur contributif au diagnostic.

Laub et Auerhahn (1993) affirment que l'expérience essentielle du traumatisme est une fragmentation de la relation entre soi et la figure parentale. Cette fragmentation provient de l'insupportable tension induite chez l'enfant, dépourvu de stratégies d'adaptation et laissé à lui-même, par le retrait de la « mère », dans des contextes de

traumatisme relationnel où la réparation interactive n'est pas une option (Lachman & Beebe, 1997; Schore, 2003).

Au cours du développement, ce diagnostic est associé à différents types de mauvais traitements dont l'abus physique en enfance, des agressions physiques et sexuelles à l'âge adulte, mais il semble qu'il ne soit toutefois pas associé aux agressions sexuelles durant l'enfance (Ben-Ezra et al., 2018).

Mentalisation et ESPTC

Les recherches développementales ont établi que la fondation de la mentalisation réside dans les relations d'attachement et que le plus grand obstacle de la mentalisation serait le trauma d'attachement (Fonagy & Target, 2002). Schore (2003) soutient que les expériences d'attachement traumatique entravent l'organisation précoce du cerveau droit et entraînent des déficits dans les fonctions adaptatives essentielles à la compréhension des sensations et des émotions, à la perception de soi, de l'autre et du lien à l'environnement ainsi qu'au rappel de sa propre histoire. Il explique également que ces carences incitent l'individu à éviter tout contact avec son monde interne afin d'écarter les affects douloureux.

Selon Fonagy et Target (1997), l'enfant ayant un attachement désorganisé, des suites de mauvais traitements, aurait développé une habileté remarquablement complexe à coordonner deux niveaux de fonctionnement : l'un intrafamilial où la fonction

réflexive serait limitée du fait de sa probabilité à compromettre le développement du Soi, et l'autre extrafamilial où la fonction réflexive tend à se développer, étant une caractéristique socialement commune et désirable. Toutefois, en règle générale, la mentalisation des individus présentant une pathologie complexe de l'ESPT tiendrait d'une hypomentalisation caractérisée par deux modalités permettant de relier des expériences internes aux situations externes : le mode d'équivalence psychique et le mode de simulation.

Régulation affective et ESPTC

Van der Kolk et Fiisler (1994) soutiennent que la répercussion la plus importante au plan de la régulation des affects des traumas précoces et de la négligence est la perte de la capacité de réguler l'intensité des affects. Schore (2003) soutient également cette affirmation et y ajoute une capacité limitée à moduler la durée des affects, plus précisément les affects dits primitifs au plan biologique tels la honte, la rage, l'excitation, l'exaltation, le dégoût, la terreur panique et la détresse désespérée. Pour Dyer et al., (2009) et Hagenaars, Fisch et van Minnen (2011) le trauma complexe induit deux affects caractéristiques : la colère et l'agressivité.

De récentes études démontrent qu'il y a une spécificité dans la relation entre différents types de trauma et des types précis de difficultés dans la régulation affective (Chaplo, Kerig, Bennett, & Modrowski, 2015). Entre autres, les études relèvent que le retrait social, l'isolement et l'absence de lien sont des répercussions relativement

communes d'une exposition aux traumatismes interpersonnels en enfance (Walsh, Fortier, & DiLillo, 2010).

De manière générale, la dysrégulation affective observée chez les gens présentant un ESPTC se manifesterait par une oscillation entre l'hyperactivation (haute réactivité affective et des accès de colère) et l'hypoactivation (sentiments de dissociation et d'insensibilité) des états émotionnels (Ben-Ezra et al., 2018).

Les individus ayant un attachement désorganisé, caractérisé par l'adoption de stratégies chaotiques et par des comportements semblables à des états de transe (Main & Hesse, 1990) ont une probabilité élevée de développer des perturbations dites dissociatives (Lyons-Ruth, Repacholi, McLeod, & Silva, 1991). D'ailleurs, la dissociation serait un concept central dans la compréhension du fonctionnement des individus présentant un ESPTC (Kédia, 2009).

Les résultats des recherches développementales sur l'ESPTC permettent de rendre compte d'importantes altérations dans le développement de l'enfant, en ce qui a trait à la sécurité de l'attachement, de la mentalisation et de la régulation des affects.

Les tableaux cliniques des deux diagnostics précédemment présentés mettent en évidence un nombre considérable de similitudes. Pourtant, certaines différences persistent quant aux modèles internes opérants et quant à la nature, ou du moins

l'époque, où est survenu le trauma. Bien que les types d'attachement, de mentalisation et de régulation affective soient comparables, ils ne proviennent pas de la même conception du monde environnant; le TPL entrevoit la possibilité d'une réparation interactive, alors que l'ESPTC n'entrevoit pas cette possibilité, le TPL tente de simuler un niveau réflexif qu'il n'a pas atteint, alors que l'ESPTC s'adapte avec ses facultés, le TPL tente de composer avec l'hyperactivation de son système d'attachement, alors que l'ESPTC oscille entre une hyperactivation et une hypoactivation de son système d'attachement. De plus, en ce qui a trait aux traumatismes, il apparaît que les agressions sexuelles en enfance soient davantage associées au développement d'un TPL.

À présent que l'ensemble des variables de la question de recherche ont été définies, le prochain chapitre traitera des études comparatives menées, jusqu'à maintenant, permettant de mettre en lumière les distinctions entre le TPL et l'ESPTC.

Chapitre 4

Études comparatives

Ce quatrième chapitre présente les études comparatives portant sur le TPL et sur l'ESPTC. D'abord, sera présentée une brève revue d'études publiées antérieurement à la définition du second diagnostic. Puis, de manière plus exhaustive, seront présentées les études menant à de plus importantes contributions théoriques, cliniques et scientifiques. Enfin, un récapitulatif des études menées jusqu'à ce jour permettant de différencier ces deux diagnostics permettra une ouverture à la discussion.

Études comparatives menées avant l'unification de la définition de l'ESPTC dans la CIM-11 (OMS, 2018)

Certaines études portant sur les distinctions entre le TPL et l'ESPT ou l'ESPTC soulignent la validité d'un modèle dimensionnel pour le TPL (Arntz et al., 2009; Edens et al., 2008; Rothschild et al., 2003; Trull et al., 1990). D'autres recherches appuient l'étiologie traumatique des diagnostics de TPL, d'ESPT et d'ESPTC (Gunderson & Sabo, 1993; Herman & van der Kolk, 1987), alors que d'autres signalent l'absence d'une étiologie dans la définition du diagnostic de TPL ainsi que la possibilité de le déplacer dans le spectre des troubles liés au trauma (Lewis & Grenyer, 2009).

Enfin, parmi les études portant sur les symptômes discriminants de l'ESPTC des autres diagnostics comme l'ESPT, le TPL et le TDM, seule l'étude de Courtois et Ford (2009) atteste d'une présentation complexe de symptômes allant au-delà de l'ESPT. Ces

chercheuses affirment qu'en plus des trois regroupements de symptômes de l'ESPT, les troubles traumatiques complexes impliquent habituellement une combinaison de symptômes et de troubles de l'axe I (les troubles majeurs cliniques) et de l'axe II (les troubles de personnalité et le retard mental), des problèmes de santé physique (axe III) et de sévères déficiences psychosociales (axe V).

Toutefois, de manière générale, les études portant sur les symptômes discriminants, avant l'unification de la définition de l'ESPTC dans la CIM-11 (OMS, 2018), ne différencient pas l'ESPT de l'ESPTC. En 1995, Kessler et ses collègues ont évalué la prévalence des comorbidités en lien avec l'ESPT. Leurs résultats, obtenus à partir du sous-échantillon de la seconde partie du *National Comorbidity Survey* comprenant 5877 individus âgés entre 15 et 54 ans, démontrent que la prévalence de l'ESPT s'élève à 7,8 % de la population et que cette prévalence est plus élevée chez les femmes et chez les individus qui ont, antérieurement, été mariés et que les traumatismes les plus communément associés à l'ESPT chez les hommes sont l'exposition au combat et voir quelqu'un gravement blessé ou tué alors que chez les femmes, ce sont le viol et les attouchements sexuels. Leurs résultats démontrent également que l'ESPT présente une forte comorbidité avec d'autres troubles, au long court, du DSM-III-R (APA, 1987). Cette prévalence est établie à 88,3 % pour les hommes et 79 % chez les femmes. En outre, leurs résultats révèlent que plus du tiers des individus présentant un épisode d'ESPT échouent à se rétablir, et ce, même après plusieurs années. En 2008, Grant et ses collègues ont élaboré une recherche portant sur une analyse factorielle confirmatoire des

structures latentes des principales caractéristiques et des symptômes associés aux trois troubles qui se développent communément à la suite d'un événement traumatique : soit l'ESPT, le TDM et le TAG (trouble d'anxiété généralisé), où ils évincent le potentiel discriminant du symptôme de dysphorie. Menée à l'aide de questionnaires autorapportés et d'entretiens cliniques auprès de 228 survivants d'accidents de véhicules motorisés, qui ont recherché un traitement pour leurs difficultés émotionnelles, les résultats de leur étude démontrent que les principales caractéristiques de ces trois troubles, bien que distincts, sont fortement corrélées à un événement traumatique. Quant aux résultats concernant les symptômes associés, ceux-ci démontrent que les facteurs représentant les trois regroupements de symptômes de l'ESPT lui sont exclusifs. Cependant, en ce qui a trait au regroupement de symptômes associés à la dysphorie, les résultats suggèrent qu'il n'est pas spécifique à l'ESPT puisqu'il représente un facteur d'ordre supérieur corrélé avec l'ESPT, le TDM et le TAG.

D'autre part, Kring (2008) aborde, sous forme de revue intégrative, le potentiel discriminant des processus transdiagnostiques des perturbations émotionnelles en psychopathologie. Elle souligne que les perturbations émotionnelles se manifestent différemment selon les troubles et que la cohérence émotionnelle constitue l'exception et non la norme. Afin d'appuyer ses propos, elle présente une panoplie de symptômes émotionnels présents dans divers troubles du DSM-IV-TR (APA, 2000) et met de l'avant les avantages d'adopter une perspective transdiagnostique en psychopathologie. Elle examine divers modèles proposant une taxonomie des perturbations émotionnelles,

puis propose sa propre classification : perturbations dans la valence des affects de base (plaisant versus déplaisant), perturbations dans la reconnaissance des émotions, perturbations dans la régulation des émotions et perturbations quant à l'expression des émotions ressenties (déconnection). Elle conclut en soulignant que davantage d'études doivent être menées afin de dévoiler la nature transdiagnostique des processus étiologiques qui sont basés sur les émotions.

En somme, ces études ne permettent pas une véritable comparaison de par le manque d'unification dans les définitions des construits. Autrement dit, parmi les études mentionnées précédemment, le construit de l'ESPTC n'est pas été défini par les mêmes critères diagnostiques. Certaines de ces études abordent le trauma complexe et le définissent suivant les critères de l'ESPT. Toutefois, malgré cette hétérogénéité de définitions, ces études contribuent à la théorisation du trouble. Ce n'est qu'avec la publication de l'article de Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, van Ommeren et al. (2013), portant sur l'unification de la définition de l'ESPTC proposée pour inclusion dans la CIM-11 (OMS, 2018) que certaines comparaisons sont rendues possibles avec d'autres diagnostics dont le TPL.

La prochaine section de ce chapitre s'attardera aux principaux apports théoriques de chacune des études comparatives menées à la suite de la publication de cet article.

Études et publication comparatives menées sur le TPL et l'ESPTC

En recherchant, avec les mots clés « *Borderline personality* » et « *Complex post-traumatic stress disorder* », dans la base de données *Psycinfo*, seules trois publications portant sur les diagnostics d'ESPTC et de TPL ont été répertoriées.

La première est une étude empirique portant sur une analyse des classes latentes, c'est-à-dire des classes qui ne peuvent pas être mesurées directement, mais qui sont supposées être à la base des variables observées, effectuée par l'équipe de Marylène Cloitre (2014). Les résultats supportent la validité du construit de l'ESPTC comme étant distinct de celui du TPL. Leur analyse des classes latentes atteste d'un modèle de classification par les classes latentes à quatre classes distinctes : une classe à faibles symptômes caractérisée par un faible endossement de tous les symptômes, une classe d'ESPT caractérisée par la prévalence élevée de symptômes de l'ESPT et un faible endossement des symptômes qui définissent les diagnostics d'ESPTC et de TPL, une classe d'ESPTC caractérisée par une forte prévalence des symptômes de l'ESPT et des symptômes reflétant des perturbations dans l'organisation du soi (POS) combiné à un faible endossement des symptômes du TPL et enfin, une classe de TPL caractérisée par des symptômes du TPL.

Les auteurs soulignent que quatre symptômes du TPL augmentaient considérablement les chances des individus de se retrouver dans la classe de TPL, soit (1) des efforts effrénés pour éviter l'abandon; (2) une instabilité marquée et persistante

de l'image ou de la notion de soi; (3) un mode de relations interpersonnelles instables et intenses; et (4) une impulsivité.

Quelques précisions incluses dans l'article permettent de départager phénoménologiquement les construits d'ESPT, d'ESPTC et du TPL. D'abord, en ce qui a trait à la distinction entre l'ESPT et l'ESPTC, les auteurs proposent que l'ESPT, tel que défini dans la CIM-11, est un désordre fondé sur la peur, une émotion, alors que celui de l'ESPTC est décrit comme étant généralement associé à des traumatismes chroniques et répétés, des faits. Puis, les auteurs, tout comme en témoignent plusieurs cliniciens traitant ces conditions, affirment que le niveau de fonctionnement des individus atteints par une pathologie complexe de l'ESPT présente de plus importantes altérations.

Ensuite, en ce qui a trait à la distinction entre l'ESPTC et le TPL, les auteurs soulignent d'abord que bien que les taux de comorbidités soient élevés entre ces deux diagnostics, leur traitement implique différentes considérations; chez l'ESPTC, l'objectif thérapeutique est la récupération du souvenir traumatique (Cloitre, Cohen, & Koenen, 2006) alors que chez le TPL, il s'agit de la résolution des répétitions de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations (Linehan, 1993). Ensuite, ils articulent que le diagnostic de TPL ne nécessite pas la présence d'un stressor traumatique ni des symptômes de l'ESPT, qui pourrait pourtant lui être comorbide. Puis, le TPL est caractérisé par une peur de l'abandon alors que ce critère diagnostique est absent dans l'ESPTC. Le TPL présente une instabilité marquée et persistante de l'image

ou de la notion de soi alors que ces concepts sont invariablement négatifs chez l'ESPTC. Le mode de relations interpersonnelles instables et intenses ou chaotiques du TPL est caractérisé par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation, alors que celui de l'ESPTC tient principalement de l'évitement relationnel et d'un sentiment d'aliénation. De plus, bien que des difficultés de régulation affective soient présentes dans ces deux pathologies, elles s'expriment différemment. Les problèmes de régulation de l'ESPTC proviennent principalement d'une sensibilité émotionnelle, de colère réactive et de mauvaises stratégies d'adaptation; un tableau également observé chez le TPL. Toutefois, ils précisent que l'une des principales caractéristiques de la dysrégulation émotionnelle chez les individus présentant un TPL est la répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations, dont l'incidence est beaucoup moins fréquente chez l'ESPTC (Zlotnick, Franklin, & Zimmermann, 2002).

Les résultats, de cette étude supportent empiriquement que les profils symptomatiques des diagnostics d'ESPTC et de TPL découlent de sous-groupes distincts d'individus exposés à des conditions traumatiques. La symptomatologie des individus présentant un ESPTC est stable et chronique alors que celle des individus présentant un TPL est caractérisée par un manque de stabilité. Le seul symptôme partagé par ces deux pathologies est un chronique sentiment de vide.

La seconde publication est un article de Jayashri Kulkarni (2017) qui insuffle que l'utilisation de la nouvelle nomenclature qu'est l'ESPTC, tel qu'il est défini dans la CIM-11 (OMS, 2018), comme étant moins stigmatisant et cliniquement plus utile que le diagnostic de TPL défini par le DSM-5 (APA, 2013). L'utilisation du terme ESPTC référerait davantage à l'étiologie traumatique du TPL. Afin de corroborer sa proposition, l'auteur souligne le manque de distinction entre ces deux diagnostics aux plans de l'étiologie, de la définition des troubles et de la neurobiologie.

À la suite des conclusions de Cloitre et al. (2014), une étude empirique, la troisième publication, utilisant la modélisation par équations structurelles est réalisée par l'équipe d'Annemiek van Dijke, Hupman et Ford (2018). Leur recherche démontre, de manière expérimentale, le lien entre le trauma en enfance et le développement d'un ESPTC à l'âge adulte. Les résultats de l'étude comparative supportent que l'association entre les traumatismes en enfance et les symptômes de l'ESPTC, principalement liés à la dysrégulation affective, aux altérations du concept de soi et aux difficultés relationnelles à l'âge adulte, soit partiellement médiée à l'âge adulte par une sous-régulation des affects, de symptômes psychotiques négatifs de dissociation, tels que l'amnésie, et non par des symptômes psychotiques positifs de dissociation, tels que les flashbacks, ainsi que de peurs relationnelles de proximité et d'abandon. Les auteurs affirment que ces résultats sont indépendants des effets des symptômes du TPL.

De plus, quelques précisions incluses dans l'article permettent de distinguer le TPL de l'ESPTC. Van Dijke et al. (2018) abordent qu'au plan phénoménologique, le TPL implique une extrême sensibilité à se sentir rejeté, honteux ou abandonné alors que l'ESPTC semble découler d'une hypervigilance aux préjudices (Ford & Courtois, 2014; van Dijke et al., 2012).

La prochaine section de ce chapitre présente un récapitulatif des études menées jusqu'à ce jour permettant de différencier ces deux diagnostics.

Récapitulatif des études menées sur les distinctions entre le TPL et l'ESPTC

En ce qui a trait aux définitions de ces deux diagnostics, il semble bien que certains des critères diagnostiques s'entrecoupent et que l'étiologie demeure un lieu de controverse. Cependant, le tableau clinique de ces deux diagnostics présente de nombreuses distinctions, et ce, principalement en ce qui a trait aux critères reliés aux perturbations dans l'organisation du soi : les difficultés quant à la régulation affective, au concept de soi et aux relations interpersonnelles. D'abord, la régulation affective du TPL se distingue de celle de l'ESPTC quant à la répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations. Ensuite, par une instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi présente chez le TPL, alors que ces concepts sont invariablement négatifs chez l'ESPTC. Enfin, le mode de relations interpersonnelles instables et intenses ou chaotiques du TPL est caractérisé par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation

alors que celui de l'ESPTC tient principalement de l'évitement relationnel et d'un sentiment d'aliénation.

En ce qui concerne les concepts d'attachement, de mentalisation et de régulation affective, présentés au Chapitre 1 de ce présent essai, les études menées jusqu'à ce jour ne permettent que de minces distinctions dont il sera question dans la Discussion.

Discussion

L'objectif de cet essai a pour finalité de départager le TPL de l'ESPTC et de déterminer si ces deux diagnostics appartiennent à la même organisation de la personnalité.

Cette discussion porte sur les résultats exposés précédemment afin de répondre aux questions de recherche. Elle se divise en trois sections. D'abord, un résumé des similitudes et des distinctions, entre les deux diagnostics à l'épreuve, est avancé. Ensuite, sont évoquées les conclusions obtenues à partir des concepts théoriques présentés au Chapitre I du présent essai ainsi que quelques pistes de réflexion entourant des concepts associés. Enfin, sont présentés les forces, les limites et l'impact clinique de cet essai ainsi que les perspectives de recherche.

Les diagnostics à l'étude présentent beaucoup de similarités, tant du point de vue de leur étiologie que de leurs critères diagnostiques. Dans une perspective étiologique, il est généralement admis que la négligence ou l'abus émotionnel, physique et sexuel en enfance contribuent au développement du TPL (Herman & van der Kolk, 1987; Zanarini et al., 1997) alors qu'il est également reconnu que l'ESPTC découle d'« une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrême et prolongée ou répétitive, expérimentée comme étant extrêmement menaçante ou horrifique et de laquelle il est difficile ou impossible de fuir ou de se soustraire » (CIM-11; OMS, 2018, p. 200).

C'est ainsi dire que ces deux diagnostics découlent, à différents degrés, de traumatismes développementaux. En regard de leurs critères diagnostiques, ces diagnostics témoignent de dysrégulation affective, d'impulsivité, de suicidalité, de sentiments de vide, de semblables perturbations dans l'organisation du soi ainsi que de chroniques difficultés interpersonnelles associées à des angoisses d'abandon, de l'agressivité et des processus dissociatifs (Pearlman, 2001; Roth et al., 1997; van der Kolk et al., 2005). Essentiellement, il y a un recoupement significatif des critères symptomatiques que sont l'instabilité affective et les difficultés relationnelles (Rowan, Foy, Rodriguez, & Ryan, 1994; van der Kolk et al., 1996; Zannarini et al., 1997). Ces similitudes portent à croire que les individus, aux prises avec ces diagnostics, possèdent une organisation similaire de la personnalité, soit une organisation limite. Cependant, il est difficile de les ordonner sur le spectre de cette organisation sans tenir compte de la nature, de la fréquence et de la sévérité des traumatismes; chacune de ces caractéristiques ayant une incidence sur le développement de ces pathologies.

Dans le domaine de la traumatologie, une distinction est faite quant aux types ou à la nature des traumatismes, soient les types I et II. Ces traumatismes proviennent d'événements également classifiés en type I et type II. Les événements de type I représentent, de manière générale, des événements soudains, inattendus et d'une durée limitée. Par exemple, un accident ou un désastre naturel. Les événements de type II sont habituellement de longue durée, répétitifs, cumulatifs, souvent infligés volontairement par un être humain, donc de nature relationnelle, et peuvent être davantage anticipés par

les victimes. Par exemple, la violence conjugale, l'abus physique et/ou sexuel ou la torture (Terr, 1991).

Il semble pourtant que ce soit à la compréhension des principaux MIO qu'il soit possible d'observer des différences. La nature et la sévérité des traumatismes subis lors du développement de l'enfant est influente sur le développement des MIO; sur la conception du monde environnant et la notion de soi. Le sujet atteint d'un TPL semble, de par son mode de fonctionnement, avoir appris que suivant les comportements qu'il adopte, il lui est possible d'entrevoir et d'accéder à une forme de réparation interactive. Cependant, en ce qui a trait au sujet atteint d'un ESPTC, qui a subi différentes formes de mauvais traitements de manière prolongée, cette option peut ne pas lui sembler accessible, et cela pourrait expliquer qu'il adopte des stratégies qui, à première vue, semblent chaotiques, mais qui pourtant lui permettent de s'adapter à son environnement.

Les théories portant sur le développement de l'enfant permettent de mettre en évidence certaines distinctions aux plans du développement des modèles relationnels, de la mentalisation et des stratégies de régulation des affects. Le TPL oscille entre des positions extrêmes d'idéalisation et de dévalorisation dans ses relations interpersonnelles et son concept de soi alors que l'ESPTC évite les contacts relationnels en raison d'une hypervigilance aux préjudices et d'un concept de soi principalement négatif. Bien que les individus obtenant ces deux diagnostics présentent divers comportements d'évitement, il semble à propos d'émettre l'hypothèse que le TPL présente un

fonctionnement découlant principalement d'une anxiété d'attachement alors que celui de l'ESPTC provient essentiellement d'un évitement de l'attachement. L'évitement relationnel et le sentiment d'aliénation mis en évidence dans l'article de Cloitre et al. (2014) à propos de l'ESPTC semble permettre de soulever un questionnement quant à la conjoncture relationnelle dans le développement de cette pathologie.

En ce qui a trait à la mentalisation, ces deux manifestations symptomatologiques illustrent des phénomènes d'hypomentalisation, le produit d'un arrêt du développement des structures cognitives. Il semble concevable de prétendre que la cartographie représentationnelle des enfants s'étant développée dans des contextes de négligence et d'abus, où les conversations et les interactions sociales ne sont pas encouragées, présente des déficiences. Sans une cartographie représentationnelle adéquate, il devient d'autant plus difficile de transiger d'un modèle téléologique vers des modèles mentalisants. Néanmoins, une distinction subsiste quant à l'expression de cette hypomentalisation qui, chez le TPL, lors de l'hyperactivation de son système d'attachement, se présente sous la forme d'une hypermentalisation, un reflet du processus de simulation et de son désir d'approbation.

Quant aux stratégies de régulation affective, le TPL présente principalement une hyperactivation de son système d'attachement, où il recherche désespérément un lien qui satisferait ses besoins, alors que l'ESPTC manifeste de façon chaotique une

hyperactivation et une hypoactivation ou plutôt désactivation de son système d'attachement, si attachement il y a.

D'autre part, les théoriciens ayant travaillé sur les processus dissociatifs suggèrent que le tableau clinique de l'ESPTC se distingue par l'insistance mise sur la dissociation. Cette manifestation symptomatologique est indispensable au diagnostic d'ESPTC alors que chez le TPL, sa survenue est considérée transitoire, dans des situations de stress (Kédia, 2009). Tout comme le sujet atteint d'un ESPTC, le sujet atteint d'un TPL a tendance à vouloir éviter les expériences, les cognitions et les émotions déplaisantes (Cheavens et al., 2005; Grantz, Rosenthal, Tull, Lejuez, & Gunderson, 2006; Rosenthal, Cheavens, Lejuez, & Lynch, 2005). Cependant, le sujet atteint d'un TPL utiliserait principalement l'évitement expérientiel, la suppression des pensées, la suppression de l'expression et le rejet de la réalité (Cheavens & Heiy, 2011).

Il est à noter que ces répercussions, au plan du fonctionnement psychologique, découlent de mésadaptations posttraumatiques (Haslam, 2007; Trull & Durrett, 2005). Herman (1992) soutient que le syndrome borderline (limite) est une présentation déguisée d'un ESPT sous-jacent. Candace Orcut (1995) définit le trauma développemental comme un ESPT qui se produit au cours du développement de l'enfant. Il semble donc convenable de s'interroger sur la possibilité qu'un trauma de type I durant le développement de l'enfant puisse produire une symptomatologie limite à l'âge

adulte alors qu'un trauma de type II durant cette même période puisse ultérieurement engendrer un ESPTC, suivant les vulnérabilités constitutionnelles des individus.

Plusieurs interrogations demeurent quant à la compréhension de ces fonctionnements. Entre autres, quelle est l'incidence sur le développement de la période avec laquelle coïncide la survenue du ou des traumas? L'hypomentalisation chez l'ESPTC provient-elle d'altérations dans les facultés auparavant développées (régression) ou d'un arrêt du développement? Maintes recherches sur ces pathologies sont nécessaires afin d'en comprendre le développement.

Forces, limites et impacts cliniques

Une des forces de cet essai est la recension exhaustive des écrits, portant sur les concepts théoriques et les diagnostics à l'épreuve, menée par l'auteure; tout comme l'est l'effort de synthèse à propos des concepts centraux en psychopathologie, d'attachement, de mentalisation et de régulation affective, qui sont habituellement présentés en silo. Cet essai semble novateur, dans la littérature actuelle, compte tenu du faible nombre d'études portant sur les distinctions entre le TPL et l'ESPTC. De même, l'utilisation des critères symptomatologiques accompagnés d'une compréhension développementale et psychodynamique contribue à sa valeur. Cette étude tend à illustrer l'impact des traumas en enfance et à justifier la pertinence d'inclure le diagnostic d'ESPTC dans la nosographie psychologique.

Cet essai comporte certaines limites. L'ensemble ou du moins la majorité des articles portant sur les recherches développementales n'arrivent pas à rendre évidentes les distinctions entre les deux diagnostics à l'épreuve compte tenu que leurs étiologies respectives demeurent indistinctes dans la littérature actuelle. Les résultats pouvant donc parfois être attribués aux deux diagnostics, suivant les critères diagnostiques et la nature des traumatismes. Par ailleurs, la recension des écrits n'a pas tenu compte des articles se rapportant à la neurobiologie en cause.

La richesse de cet essai consiste à démontrer qu'il existe des distinctions entre le TPL et l'ESPTC. La clarification des principaux MIO de ces individus aux prises avec de telles symptomatologies permet de mettre en évidence différents tableaux cliniques et d'effectuer un diagnostic différentiel. Au plan clinique, ces distinctions permettront de favoriser l'élaboration de modalités spécifiques d'intervention, suivant la nature, la fréquence et la sévérité des traumatismes.

Perspectives de recherches

De nombreuses études pourraient être reconduites à la lumière des critères diagnostiques, présentés dans le DSM-5 (APA, 2013), pour le TPL et, énoncés dans la CIM-11 (OMS, 2018), pour l'ESPTC afin de cibler les symptômes discriminants de chacune de ces pathologies et d'obtenir un portrait réaliste de leurs incidences respectives. De futures recherches pourraient s'attarder à démystifier l'étiologie de chacun de ces diagnostics, c'est-à-dire d'élucider l'origine développementale de ces

pathologies, et à démontrer l'impact de chacun des divers types de traumatismes sur la symptomatologie, et surtout sur le développement social, cognitif et affectif. Certains travaux pourraient porter sur l'hérédité des traits développés des suites de mauvais traitements. Des équipes de chercheurs pourraient également envisager d'identifier les facteurs individuels favorisant la résilience devant l'adversité et ainsi permettre l'élaboration de stratégies éducatives préventives pour les générations à venir, non seulement au sein des centres de services sociaux, mais également dans les établissements scolaires où l'impact serait multiplié. D'autres études de nature quantitative ou qualitative, à partir de cas cliniques, contribueraient sans doute à attester de la pertinence d'inclure le diagnostic d'ESPTC dans le prochain DSM et également à documenter les types de traitement thérapeutique à offrir à ces clientèles.

Conclusion

L'objectif général de cette révision critique était de distinguer le TPL de l'ESPTC. Bien que leurs étiologies et leurs manifestations symptomatologiques comportent bon nombre de similarités, des distinctions persistent quant aux principaux concepts élaborés dans les recherches sur le développement.

Les résultats des recherches ont permis de mettre en lumière que la nature, la fréquence et la sévérité des traumatismes vécus en enfance (traumatismes de types I et II) avaient un impact majeur sur le fonctionnement de l'individu, sur ses MIO construits sur la base des liens affectifs qu'il entretient avec ses principales figures d'attachement (recherche de proximité versus évitement), sur le développement de sa capacité réflexive (l'hypermentalisation chez le TPL) et sur l'adoption de stratégies de régulation affective (la désactivation du système d'attachement chez l'ESPTC).

Malgré ces distinctions, une multitude de configurations du fonctionnement existe au sein de ces deux diagnostics et c'est pour cette raison que les recherches subséquentes pourraient poursuivre à élucider l'impact des divers traumatismes sur les relations d'objet, qui sont la base du développement.

Références

- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(2), 94-104. doi: 10.1080/10673220490447218
- Ainsworth, M. D. S. (1973). *The development of infant-mother attachment*. Dans B. Caldwell & N. Ricciutih (Éds), *Review of child development research* (pp. 1-94). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford: Lawrence Erlbaum.
- Akhtar, S. (1984). The syndrome of identity diffusion. *The American Journal of Psychiatry*, 141(11), 1381-1385. doi: 10.1176/ajp.141.11.1381
- Allen, J. G. (1995). *Coping with trauma: A guide to self-understanding*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Allen, J. G. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding* (2^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association. (APA, 1952). DSM-I: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1^{re} éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 1968). DSM-II: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2^e éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 1980). DSM-III: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd.). Arlington, VA: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 1987). DSM-III-R: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 1994). DSM-IV: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 2000). DSM-IV-TR: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd., rév.). Washington, DC: Author.

- American Psychiatric Association. (APA, 2013). *DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC: Author.
- Arntz, A., Bernstein, D., Gielen, D., van Nieuwenhuyzen, M., Penders, K., Haslam, N., & Ruscio, J. (2009). Taxometric evidence for the dimensional structure of Cluster-C, paranoid, and borderline personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 23, 606-628. doi: 10.1521/pedi.2009.23.6.606
- Astington, J. W., & Jenkins, J. M. (1995). Theory of mind development and social understanding. *Cognition and Emotion*, 9(2-3), 151-165.
- Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., & Cohen, D. J. (Éds). (1994). *Understanding other minds: Perspectives from autism*. New York, NY: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2015). *Mentalisation et trouble de la personnalité limite*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck.
- Beck, A. T. (1967). *Depression*. New York, NY: Harper and Row.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1994). Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11(2), 127-165.
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., ... Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety*, 35(3), 264-274. doi: 10.1002/da.22723
- Block, M. J., Westen, D., Ludolph, P., & Wixom, J. (1991). Distinguishing female borderline adolescents from normal and other disturbed female adolescents. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 54(1), 89-103.
- Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite. *Revue de santé mentale au Québec*, 35(2), 61-85. doi : 10.7202/1000554ar
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York, NY: Basic Books.

- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *The British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1991). Ethological light on psychoanalytical problems. Dans P. Bateson (Éd.), *The development and integration of behaviour: Essays in honour of Robert Hinde* (pp. 301-313). New York, NY: Cambridge University Press.
- Bretherton, I., Bates, E., Benigni, L., Camaioni, L., & Volterra, V. (1979). Relationship between cognition, communication and quality of attachment. Dans E. Bates, L. Benigni, I. Bretherton, L. Camaioni, & V. Volterra (Éds), *The emergence of symbols* (pp. 223-269). New York, NY: Academic Press.
- Bridges, K. M. B. (1932). Emotional development in early infancy. *Child Development*, 3, 324-341. doi: 10.2307/1125359
- Bronson, M. B. (2000). *Self-regulation in early childhood: Nature and nurture*. New York, NY: Guilford Press.
- Brown, D. (1993). Affective development, psychopathology, and adaptation. Dans S. L. Ablon, D. Brown, E. J. Khantzian, & J. E. Mack (Éds), *Human feelings: Explorations in affect development and meaning* (pp. 5-66). Hillsdale, NJ: Analytic Press, Inc.
- Bryant, R. A. (2012). Simplifying complex PTSD: Comment on Resick et al. (2012). *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 252-253. doi: 10.1002/jts.21696
- Calkins, S. D., & Leerkes, E. M. (2011). Early attachment processes and the development of emotional self-regulation. Dans K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Éds), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (2^e éd., pp. 355-373). New York, NY: Guilford Press.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25(4), 525-531.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 228-283.

- Chaplo, S. D., Kerig, P. K., Bennett, D. C., & Modrowski, C. A. (2015). The roles of emotion dysregulation and dissociation in the association between sexual abuse and self-injury among juvenile justice-involved youth. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(3), 272-285. doi: 10.1080/15299732.2015.989647
- Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 965-971. doi: 10.1037/0022-006X.73.5.965
- Cheavens, J. S., & Heiy, J. (2011). The differential roles of affect and avoidance in major depressive and borderline personality disorder symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(5), 441-457.
- Cheavens, J. S., Rosenthal, M. Z., Daughters, S. B., Nowak, J., Kosson, D., Lynch, T. R., & Lejuez, C. W. (2005). An analogue investigation of the relationships among perceived parental criticism, negative affect, and borderline personality disorder features: The role of thought suppression. *Behaviour Research and Therapy*, 43(2), 257-268. doi: 10.1016/j.brat.2004.01.006
- Choi, H., Klein, C., Shin, M. S., & Lee, H. J. (2009). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and disorders of extreme stress (DESNOS) symptoms following prostitution and childhood abuse. *Violence Against Women*, 15, 933-951. doi: 10.1177/1077801209335493
- Classen, C. C., Pain, C., Field, N. P., & Woods, P. (2006). Posttraumatic personality disorder: A reformulation of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Psychiatry Clinics of North America*, 29, 87-112, viii-ix. doi: 10.1016/j.psc.2005.11.001
- Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2006). *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. New York, NY: Guilford Press.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 615-627. doi: 10.1002/jts.20697
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. 10.3402/ejpt.v4i0.20706

- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. doi: 10.3402/ejpt.v5.25097
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067-1074. doi: 10.1037//0022-006X.70.5.1067
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36, 119-124. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80060-7
- Cloitre, M., Petkova, E., Wang, J., & Lu (Lassell), F. (2012). An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depression and Anxiety*, 29, 709-717. doi: 10.1002/da.21920
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., ... Hyland, P. (2018). The international trauma questionnaire: Development of a self-report measure of icd-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. doi: 10.1111/acps.12956
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., Gan, W., & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 167, 915-924. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09081247
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 412-425. doi: 10.1037/0033-3204.41.4.412
- Courtois, C. A. (2008). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 86-100.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (Éds). (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Craik, K. (1943). *The nature of explanation*. Cambridge, ON: Cambridge University Press.

- Crittenden, P. M., & Ainsworth, M. D. S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. Dans D. Cicchetti & V. Carlson (Éds), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 432-463). New York, NY: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511665707.015
- Deutsch, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *The Psychoanalytic Quarterly*, 76(2), 325-344.
- De Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., ... Bicanic, I. E. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for Complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33(5), 359-369. doi: 10.1002/da.22469
- Dorahy, M. J., Corry, M., Shannon, M., MacSherry, A., Hamilton, G., McRobert, G., & Hanna, D. (2009). Complex PTSD, interpersonal trauma and relational consequences: Findings from a treatment-receiving Northern Irish sample. *Journal of Affective Disorders*, 112, 71-80. doi: 10.1016/j.jad.2008.04.003
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J. H., van Balkom, A. J., van Dyck, R., Veltman, D. J., & Draijer, N. (2010). Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to childhood abuse based on psychoeducation and cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Child Abuse & Neglect*, 34, 284-288. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.07.003
- Dunn, J., & Brown, J. R. (1993). Early conversations about causality: Content, pragmatics and developmental change. *British Journal of Developmental Psychology*, 11(2), 107-123. doi: 10.1111/j.2044-835X.1993.tb00591.x
- Dunn, J., Brown, J. R., Somkowski, C., Telsa, C., & Youngblade, L. (1991). Young children's understanding of other people's feelings and beliefs: Individual differences and their antecedents. *Child Development*, 62(6), 1352-1366.
- Dyer, K. F. W., Dorahy, M. J., Hamilton, G., Corry, M., Shannon, M., MacSherry, A., ... McElhill, B. (2009). Anger, aggression, and self-harm in PTSD and complex PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 65(10), 1099-1114. doi: 10.1002/jclp.20619
- Edens, J. F., Marcus, D. K., & Ruiz, M. A. (2008). Taxometric analyses of borderline personality features in a large-scale male and female offender sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 705-711. doi: 10.1037/0021-843X.117.3.705

- Eiklit, A., Hyland, P., & Shevlin, M. (2014). Evidence of symptom profiles consistent with posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in different trauma samples. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. doi: 10.3402/ejpt.v5.24221
- Elicker, J., Englund, M., & Sroufe, L. A. (1992). Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. Dans R. D. Parke & G. W. Ladd (Éds), *Family-peer relationships: Modes of linkage* (pp. 77-106). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Emde, R. N. (1989). Toward a psychoanalytic theory of affect: The organizational model and its propositions. Dans S. I. Greenspan & G. H. Pollock (Éds), *The course of life, Vol. 1: Infancy*. (pp. 165-191). Madison, CT: International Universities Press, Inc.
- Emde, R. N., Gaensbauer, T., & Harmon, R. (1976). Emotional expression in infancy: A biobehavioral study. *Psychological Issues Monograph Series*, 10(37), 1-198.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York, NY: W. W. Norton & Co.
- First, M. B., & Tasman, A. (Éds) (2004). *DSM-IV-TR mental disorders; Diagnosis, etiology and treatment*. England: Wiley.
- Fogel, A. (1982). Affect dynamics in early infancy: Affective tolerance. Dans T. Field & A. Fogel (Éds), *Emotion and early interaction* (pp. 25-56). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fonagy, P. (2001). Développement de la psychopathologie de l'enfance à l'âge adulte : le mystérieux déploiement des troubles dans le temps. *La psychiatrie de l'enfant*, 44(2), 333-369. doi: 10.3917/psy.442.0333
- Fonagy, P. (2004). *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. Toulouse, France : Érès.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 411-430. doi: 10.1002/jclp.20241
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.

- Fonagy, P., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., Steele, H., Target, M., ... Higgitt, A. (1995). Attachment, borderline states and the representation of emotions and cognitions in self and other. Dans D. Cicchetti & S. L. Toth (Éds), *Emotion, cognition, and representation* (pp. 371-414). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., ... Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22-31. doi: 10.1037/0022-006X.64.1.22
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218. doi: 10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700. doi: 10.1017/S0954579497001399
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307-335. doi: 10.1080/07351692209348990
- Ford, J. D. (1999). Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: Associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 3-12. doi: 10.1037/0022-006X.67.1.3
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 9. doi: 10.1186/2051-6673-1-9
- Ford, J. D., & Kidd, P. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 743-761.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy Child Psychiatry*, 14, 387-422.

- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Freud, S. (1956). *Esquisse d'une psychologie scientifique*. Dans *Naissance de la psychanalyse*. Paris, France : Presses universitaires de France. **Ouvrage original publié en 1895.**
- Freud, S. (1967). *L'interprétation des rêves*. Paris, France : Presses universitaires de France. **Ouvrage original publié en 1900.**
- Freud, S. (1940). An outline of psychoanalysis. Dans J. Strachey (Éd.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 137-207). London, Angleterre: Hogarth Press.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 750-769. doi: 10.1002/da.20767
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., Strain, J., Horowitz, M., & Spiegel, D. (2011). Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 737-749. doi: 10.1002/da.20845
- Gaensbauer, T., & Mrasek, D. (1981). Differences in the patterning of affective expression in infants. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 673-691.
- Gergely, G., Nádasdy, Z., Csibra, G., & Bíró, S. (1995). Taking the intentional stance at 12 months of age. *Cognition*, 56(2), 165-193.
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(6), 1181-1212.
- Giannoni, M., & Corradi, M. (2006). How the mind understands other minds: Cognitive psychology, attachment and reflective function. *Journal of Analytical Psychology*, 51(2), 271-284. doi: 10.1111/j.0021-8774.2006.00587.x
- Goodenough, F. L. (1934). *Developmental psychology: An introduction to the study of human behavior*. Oxford: D. Appleton-Century.
- Gunderson, J. G., & Hoffman, P. D. (2005). *Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.

- Gunderson, J. G., & Sabo, A. N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 19-27.
- Grant, D. M., Beck, J., Marques, L., Palyo, S. A., & Clapp, J. D. (2008). The structure of distress following trauma: Posttraumatic stress disorder, major depressive disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 662-672. doi: 10.1037/a0012591
- Grantz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 850-855. doi: 10.1037/0021-843X.115.4.850
- Grinker (Sr.), R. R., Werble, B., & Drye, R. C. (1968). *The borderline syndrome. A behavioural study of ego functions*. London, Angleterre: Basic Books.
- Groh, A. M., Fearon, R. M. P., IJzendoorn, M. H., Bakermans, K. M. J., & Roisman, G. I. (2016). Attachment in the early life course: Meta-analytic evidence for its role in socioemotional development. *Child Development Perspectives*, 11(1), 70-76. doi: 10.1111/cdep.12213
- Groh, A. M., Narayan, A. J., Bakermans, K. M. J., Roisman, G. I., Vaughn, B. E., Fearon, R. M. P., & IJzendoorn, M. H. (2017). Attachment and temperament in the early life course: A meta-analytic review. *Child Development*, 88(3), 770-795. doi: 10.1111/cdev.12677
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotional regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gunderson, J. G., & Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *The American Journal of Psychiatry*, 135(7), 792-796.
- Gunderson, J. G., Kolb, J. E., Austin, V., Gunderson, J. G., Kolb, J. E., & Austin, V. (1981). Diagnostic interview for borderlines. *American Journal of Psychiatry*, 138(7), 896-903.
- Gunderson, J. G., & Sabo, A. N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 19-27.
- Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *The American Journal of Psychiatry*, 132(1), 1-10.

- Hagenaars, M. A., Fisch, I., & van Minnen, A. (2011). The effect of trauma onset and frequency on PTSD-associated symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 192-199. doi: 10.1016/j.jad.2011.02.017
- Harlow, H. F., & Zimmermann, R. R. (1958). *The development of affective responsiveness in infant monkeys. Proceedings of the American Philosophical Society*, 102, 501 -509.
- Haslam, N. (2007). The latent structure of mental disorders: A taxometric update on the categorical vs dimensional debate. *Current Psychiatry Reviews*, 3, 172-177. doi: 10.2174/157340007781369685
- Herman, J. (1992a). *Trauma and recovery*. New York, NY: Basic Books.
- Herman, J. (1992b). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391. doi: 10.1007/BF00977235
- Herman, J. (2012). CPTSD is a distinct entity: Comment on Resick et al. (2012). *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 256-257. doi: 10.1002/jts.21697
- Herman, J. L., & van der Kolk, B. A. (1987). Traumatic antecedents of borderline personality disorder. Dans B. A. van der Kolk (Éd.), *Psychological trauma* (pp. 111-126). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hoch, P., & Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 23, 248-276. doi: 10.1007/BF01563119
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., ... Roberts, N. P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 313-322. doi: 10.1111/acps.12771
- Izard, C. E. (1978). On the ontogenesis of emotions and emotion cognition relationships in infancy. Dans M. Lewis & L. A. Rosenblum (Éds), *The development of affect* (pp. 389-413). New York, NY: Plenum Press.
- Jackson, C., Nissenson, K., & Cloitre, M. (2010). Treatment for complex posttraumatic stress disorders. Dans D. Sookman & R. L. Leahy (Éds), *Treatment resistant anxiety disorders: Resolving impasses to symptom remission* (pp. 75-104). New York, NY: Routledge.
- Johnson, M. K., & Multhaup, K. S. (1992). Emotion and MEM. Dans S.-Å. Christianson (Éd.), *The handbook of emotion and memory: Research and theory* (pp. 33-66). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Jung, C. (1965). *Memories, dreams, reflections*. New York, NY: Vintage Books.
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181-187. doi: 10.1016/j.jad.2016.09.032
- Karatzias, T., Shevlin, M., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bradley, A., ... Roberts, N. P. (2018). The role of negative cognitions, emotion regulation strategies, and attachment style in complex post-traumatic stress disorder: Implications for new and existing therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 177-185. doi: 10.1111/bjc.12172
- Kédia, M. (2009). La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme. *L'Évolution psychiatrique*, 74(4), 487-496. doi: 10.1016/j.evopsy.2009.09.013
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.
- Kernberg, O. F. (2004). *Les troubles limites de la personnalité*. Paris, France : Dunod.
- Kernberg, O. F., & Michels, R. (2009). Borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(5), 505-508. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09020263
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
- Klein, D. N., & Riso, L. P. (1993). Psychiatric disorders: Problems of boundaries and comorbidity. In C. G. Costello (Éd.), *Basic issues in psychopathology* (pp. 19-66). New York, NY: Guilford Press.
- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. *The International Journal of Psychoanalysis*, 21, 125-153.
- Klein, M. (1975). *The psychoanalysis of children*. Oxford, Angleterre: Delacorte Press/Seymour Lawrence.

- Knefel, M., Garvert, D. W., Cloitre, M., & Lueger-Schuster, B. (2015). Update to an evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse by Knefel & Lueger-Schuster (2013): A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 6. doi: 10.3402/ejpt.v6.25290
- Knight, R. P. (1953). Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, 1-12.
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A. S., Goodman, M., ... Siever, L. J. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 159(5), 784-788. doi: 10.1176/appi.ajp.159.5.784
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Kopp, C. B. (1982). Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology*, 18(2), 199-214.
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental Psychology*, 25(3), 343-354.
- Kring, A. M. (2008). Emotion disturbances as transdiagnostic processes in psychopathology. Dans M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. Feldman Barrett (Éds), *Handbook of emotions* (Vol. 3, pp. 691-705). New York, NY: Guilford Press.
- Krystal, H. (1978). Trauma and affects. *Psychoanalytic Study of the Child*, 33, 81-116.
- Kulkarni, J. (2017). Complex PTSD - A better description for borderline personality disorder? *Australasian Psychiatry*, 25(4), 333-335. doi: 10.1177/1039856217700284
- Lachmann, F. M., & Beebe, B. (1997). Trauma, interpretation, and self-state transformations. *Psychoanalysis & Contemporary Thought*, 20(2), 269-291.
- Landy, M. H., Wagner, A. C., Brown-Bowers, A., & Monson, C. M. (2015). Examining the evidence for complex posttraumatic stress disorder as a clinical diagnosis. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(3), 215-236. doi: 10.1080/10926771.2015.1002649

- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *The American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640-647. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081168
- Laub, D., & Auerhahn, N. C. (1993). Knowing and not knowing massive psychic trauma: Forms of traumatic memory. *The International Journal of Psychoanalysis*, 74(2), 287-302.
- Levine, D., Marziali, E., & Hood, J. (1997). Emotion processing in borderline personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(4), 240-246. doi: 10.1097/00005053-199704000-00004
- Levy, D. M. (1958). Primary Affect Hunger. Dans C. L. Stacey, M. DeMartino, C. L. Stacey, & M. DeMartino (Éds), *Understanding human motivation* (pp. 457-466). Cleveland, OH: Howard Allen Publishers. doi: 10.1037/11305-045
- Levy, K. N., Beeney, J. E., & Temes, C. M. (2011). Attachment and its vicissitudes in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13(1), 50-59. doi: 10.1007/s11920-010-0169-8
- Lewis, K. L., & Grenyer, B. F. S. (2009). Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 322-328. doi: 10.3109/10673220903271848
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453-461.
- Lilienfeld, S. O., Waldman, I. D., & Israel, A. C. (1994). A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 71-83. doi: 10.1111/j.1468-2850.1994.tb00007.x
- Lillard, A. S. (1993). Pretend play skills and the child's theory of mind. *Child Development*, 64(2), 348-371.
- Lindauer, R. L. (2012). Child maltreatment - clinical PTSD diagnosis not enough?!. Comment on Resick et al. (2012). *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 258-259. doi: 10.1002/jts.21698
- Linehan, M. M. (1993). *Diagnosis and treatment of mental disorders. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.

- Livesley, W. J., Jackson, D. N., & Schroeder, M. L. (1992). Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(3), 432-440.
- Livesley, W. J., Jang, K. L., & Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 55*(10), 941-948. doi: 10.1001/archpsyc.55.10.941
- Löffler-Stastka, H., Szerencsics, M., & Blüml, V. (2009). Dissociation, trauma, affect regulation and personality in patients with a borderline personality organization. *Bulletin of the Menninger Clinic, 73*(2), 81-98. doi: 10.1521/bumc.2009.73.2.81
- Lorenz, K. (1935). Der Kumpan in der Umwelt des Vogels Der Artgenosse als auslösendes Moment sozialer Verhaltensweisen = The companion in the bird's world The fellow-member of the species as releasing factor of social behavior. *Journal Für Ornithologie Beiblatt (Leipzig), 83*, 137-213. doi: 10.1007/BF01905355
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2018). Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parenting contexts, and pathways to disorder. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3^e éd., pp. 667-695). New York, NY: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Repacholi, B., McLeod, S., & Silva, E. (1991). Disorganized attachment behavior in infancy: Short-term stability, maternal and infant correlates, and risk-related subtypes. *Development and Psychopathology, 3*(4), 377-396. doi: 10.1017/S0954579400007586
- MacIntosh, H. B., Godbout, N., & Dubash, N. (2015). Borderline personality disorder: Disorder of trauma or personality. A review of the empirical literature. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 56*(2), 227-241. doi: 10.1037/cap0000028
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., ... Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet, 381*(9878), 1683-1685. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62191-6
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., ... Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 12*(3), 198-206. doi: 10.1002/wps.20057

- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs multiple (incoherent) model of attachment: Findings and directions for future research. Dans C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Éds), *Attachment across the life cycle* (pp. 127-159). New York, NY: Tavistock/Routledge.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24(3), 415-426.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éds), *The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. Dans T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Éds), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Westport, CT: Ablex Publishing.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éds), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Margolin, G., & Vickerman, K. A. (2007). Post-traumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: I. Overview and issues. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 613-619. doi: 10.1037/0735-7028.38.6.613
- Marvin, R. S., Britner, P. A., & Russell, B.S. (2018). Normative development: The ontogeny of attachment in childhood. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3^e éd., pp. 273-290). New York, NY: Guilford Press.
- Masterson, J. F. (1967). *The psychiatric dilemma of adolescence*. New York, NY: Brunner/ Mazel.
- Masterson, J. F. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach*. New York, NY: Brunner/Mazel.

- Michels, R. (1985). Introduction to panel: Perspectives on the nature of psychic reality. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 33(3), 515-519. doi: 10.1177/000306518503300301
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005). Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational events. *Personal Relationships*, 12(2), 149-168. doi: 10.1111/j.1350-4126.2005.00108.x
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77-102. doi: 10.1023/A:1024515519160
- Miljkovitch, R. (2009). L'attachement au niveau des représentations. Dans N. Guédeney & A. Guédeney (Éds), *L'attachement : approche théorique du bébé à la personne âgée* (pp. 39-48). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.
- Miller, W. R. (1940). The relationship between early schizophrenia and the neuroses. *The American Journal of Psychiatry*, 96, 889-896. doi: 10.1176/ajp.96.4.889
- Miyake, K., Chen, S.-J., & Campos, J. J. (1985). Infant temperament, mother's mode of interaction, and attachment in Japan: An interim report. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1-2, 276-297.
- Morton, J., & Frith, U. (1995). Causal modeling: A structural approach to developmental psychopathology. Dans D. Cicchetti & D. J. Cohen (Éds), *Wiley series on personality processes. Developmental psychopathology, Vol. 1. Theory and methods* (pp. 357-390). Oxford, Angleterre: John Wiley & Sons.
- Orcutt, C. (1995). The influence of early trauma on the developing self. Dans J. F. Masterson & R. Klein (Éds), *Disorders of the self: New therapeutic horizons: The Masterson Approach* (pp. 181-204). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Orcutt, C. (1996). Le trouble limite du soi : l'approche Masterson. *Santé mentale au Québec*, 22(1), 69-86. doi: 10.7202/502095ar
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 1994). CIM-10 : *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Genève, Suisse : Auteur.
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2018). CIM-11 : *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Genève, Suisse : Auteur.

- Paris, J. (1998). Does childhood trauma cause personality disorders in adults? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 43(2), 148-153.
- Park, K. A., & Waters, E. (1989). Security of attachment and preschool friendships. *Child Development*, 60(5), 1076-1081. doi: 10.2307/1130781
- Pearlman, L. A. (2001). Treatment of persons with complex PTSD and other trauma-related disruptions of the self. Dans J. P. Wilson, M. J. Friedman, & J. D. Lindy (Éds), *Treating psychological trauma and PTSD* (pp. 205-236). New York, NY: Guilford Press.
- Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005) Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 449-459.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. A. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3-16. doi: 10.1002/jts.2490100103
- Perkonig, A., Höfler, M., Cloitre, M., Wittchen, H., Trautmann, S., & Maercker, A. (2016). Evidence for two different ICD-11 posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents and young adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(4), 317-328. doi: 10.1007/s00406-015-0639-4
- Petot, J.-M. (1979). *Mélanie Klein : premières découvertes et premier système, 1919-1932*. Paris, France : Dunod.
- Piaget, J. (1937). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Oxford: Delachaux & Niestle.
- Pious, W. L. (1950). Obsessive-compulsive symptoms in an incipient schizophrenic. *The Psychoanalytic Quarterly*, 19(3), 327-351.
- Pipp, S. (1990). Sensorimotor and representational internal representational working models of self, other, and relationship: mechanisms of connection and separation. Dans D. Cicchetti & M. Beegley (Éds), *The self in transition: Infancy to childhood* (pp. 243-265). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Resick, P., Bovin, M., Calloway, A., Dick, A., King, M., Mitchell, K., & Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 239-249.

- Resick, P. A., Nishith, P., & Griffin, M. G. (2003). How well does cognitive behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS Spectrums*, 8, 340-355.
- Riggs, S. A., & Jacobvitz, D. (2002). Expectant parents' representations of early attachment relationships: Associations with mental health and family history. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 195-204.
- Roberts, N. P., Cloitre, M., Bisson, J., & Brewin, C. (2017). *The International Trauma Interview (ITI)*. (Unpublished Measure).
- Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 30, 1030-1039. doi: 10.1016/j.cpr.2010.07.004
- Rosenthal, M. Z., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Lynch, T. R. (2005). Thought suppression mediates the relationship between negative affect and borderline personality disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 1173-1185. doi: 10.1016/j.brat.2004.08.006
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B. A., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539-555. doi: 10.1023/a:1024837617768
- Rothbart, M. K., Ellis, L. K., & Posner, M. I. (2011). Temperament and self-regulation. Dans K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Éds), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 441-460). New York, NY: Guilford Press.
- Rothbart, M. K., Ziaie, H., & O'Boyle, C. G. (1992). Self-regulation and emotion in infancy. Dans N. Eisenberg & R. A. Fabes (Éds), *New directions for child development, No. 55: The Jossey-Bass education series. Emotion and its regulation in early development* (pp. 7-23). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Rothschild, L., Cleland, C., Haslam, N., & Zimmerman, M. (2003). A taxometric study of borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 657-666. doi: 10.1037/0021-843X.112.4.657
- Rowan, A. B., Foy, D. W., Rodriguez, N., & Ryan, S. (1994). Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adults sexually abused as children. *Child Abuse & Neglect*, 18(1), 51-61. doi: 10.1016/0145-2134(94)90095-7
- Ruff, H. A., & Rothbart, M. K. (1996). *Attention in early development: Themes and variations*. New York, NY: Oxford University Press.

- Sable, P. (1997). Attachment, detachment and borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34(2), 171-181. doi: 10.1037/h0087674
- Sack, A., Sperling, M. B., Fagen, G., & Foelsch, P. (1996). Attachment style, history, and behavioral contrasts for a borderline and normal sample. *Journal of Personality Disorders*, 10(1), 88-102.
- Salsman, N. L., & Linehan, M. M. (2012). An investigation of the relationships among negative affect, difficulties in emotion regulation, and features of borderline personality disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(2), 260-267.
- Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Morey, L. C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., ... McGlashan, T. H. (2002). Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *The American Journal of Psychiatry*, 159(2), 284-290. doi: 10.1176/appi.ajp.159.2.284
- Schacter, D. L. (1992). Understanding implicit memory: A cognitive neuroscience approach. *American Psychologist*, 47(4), 559-569.
- Schmideberg, M. (1947). The treatment of psychopaths and borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 1, 45-70.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York, NY: W. W. Norton & Co.
- Scoboria, A., Ford, J., Lin, H., & Frisman, L. (2008). Exploratory and confirmatory factor analyses of the structured interview for disorders of extreme stress. *Assessment*, 15, 404-425. doi: 10.1177/1073191108319005
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4(2), 133-161. doi: 10.1080/14616730210154171
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2014). Adult attachment and emotion regulation. Dans J. J. Gross (Éd.), *Handbook of emotion regulation* (2^e éd., pp. 237-250). New York, NY: Guilford Press.

- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, NY: Guilford Press.
- Silverman, D. K. (1994). Attachment themes: Theory, empirical research, psychoanalytic implications and future directions. *Bulletin of the Psychoanalytic (Section VI) of APA's Division of Psychoanalysis*, 31, 9-11.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51(12), 936-950. doi: 10.1016/S0006-3223(02)01324-0
- Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B., & Widiger, T. A. (2002). The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry*, 51(12), 951-963. doi: 10.1016/S0006-3223(02)01325-2
- Southwick, S. M., & Satel, S. L. (1990). Exploring the meanings of substance abuse: An important dimension of early work with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 44(1), 61-67.
- Spitz, R. A. (1965). *The first year of life: A psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations*. Oxford: International Universities Press, I.
- Spitz, R. A., Emde, R. N., & Metcalf, D. R. (1970). Further prototypes of ego formation: A working paper from a research project on early development. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 25, 417-441.
- Spitzer, R. L., Forman, J. B., & Nee, J. (1979). DSM-III field trials: I. Interrater diagnostic validity. *American Journal of Psychiatry*, 136, 815-817.
- Sroufe, L. A. (1979). The coherence of individual development: Early care, attachment, and subsequent developmental issues. *American Psychologist*, 34(10), 834-841.
- Sroufe, L. A. (1995). *Cambridge studies in social & emotional development. Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9(2), 251-268. doi: 10.1017/S0954579497002046
- Sroufe, L. A. (2009). The concept of development in developmental psychopathology. *Child Development Perspectives*, 3(3), 178-183. doi: 10.1111/j.1750-8606.2009.00103.x

- Stengel, E. (1945). A study on some clinical aspects of the relationship between obsessional neurosis and psychotic reaction types. *Journal of Mental Science*, 91, 166-187.
- Stern, A., & Hacker, A. (2011). Investigation psychanalytique sur le groupe borderline des névroses. Quelle thérapie engager? *Revue française de psychanalyse*, 75(2), 331-348. doi: 10.3917/rfp.752.0331
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis & developmental psychology*. New York, NY: Basic Books. doi: 10.4324/9780429482137
- Stifter, C. A., & Braungart, J. M. (1995). The regulation of negative reactivity in infancy: Function and development. *Developmental Psychology*, 31(3), 448-455.
- Stora, J. B. (1999). *Quand le corps prend la relève*. Paris, France : Odile Jacob
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.
- Thompson, R. A. (2008). Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2^e éd., pp. 348-365). New York, NY: Guilford Press.
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 355-380. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009
- Trull, T. J., Widiger, T. A., & Guthrie, P. (1990). Categorical versus dimensional status of borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 40-48. doi: 10.1037//0021-843X.99.1.40
- van Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., Arntz, A., & Severens, J. L. (2007). The cost of borderline personality disorder: Societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry*, 22(6), 354-361. doi: 10.1016/j.eurpsy.2007.04.001
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408.
- van der Kolk, B. A., & Fisler, R. E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(2), 145-168.

- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaption to trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 153(7), 83-93.
- van der Kolk, B., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D., ... Teicher, M. (2009). *Proposal to include developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V* [en ligne]. Repéré à http://www.traumacenter.org/announcements/DTD_papers_Oct_09.pdf
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389-399. doi: 10.1002/jts.20047
- van Dijke, A., Ford, J. D., Frank, L. E., & van der Hart, O. (2015). Association of childhood complex trauma and dissociation with complex posttraumatic stress disorder symptoms in adulthood. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(4), 428-441. doi: 10.1080/15299732.2015.1016253
- van Dijke, A., Ford, J. D., van der Hart, O., van Son, M., van der Heijden, P., & Buhning, M. (2012). Complex posttraumatic stress disorder in patients with borderline personality disorder and somatoform disorders. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(2), 162-168.
- van Dijke, A., Hopman, J. A. B., & Ford, J. D. (2018). Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder independent of the symptoms of borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1). doi: 10.1080/20008198.2017.1400878
- van IJzendoorn, M. H., & Kroonenberg, P. M. (1988). Cross-cultural patterns of attachment: A meta-analysis of the strange situation. *Child Development*, 59(1), 147-156. doi: 10.2307/1130396
- Vega, D., Soto, À., Amengual, J. L., Ribas, J., Torrubia, R., Rodríguez-Fornells, A., & Marco-Pallarés, J. (2013). Negative reward expectations in borderline personality disorder patients: Neurophysiological evidence. *Biological Psychology*, 94(2), 388-396. doi: 10.1016/j.biopsycho.2013.08.002
- Vygotsky, L., Hanfmann, E., & Vakar, G. (1962). *Thought and language*. Cambridge, MA: MIT Press. doi: 10.1037/11193-000
- Walsh, K., Fortier, M. A., & DiLillo, D. (2010). Adult coping with childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Aggression and Violent Behavior*, 15(1), 1-13. doi: 10.1016/j.avb.2009.06.009

- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. Dans A. M. Kring & D. M. Sloan (Éds), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13-37). New York, NY: Guilford Press.
- Westen, D., Ludolph, P., Mistle, B., Ruffins, S., & Block, J. (1990). Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60(1), 55-66. doi: 10.1037/h0079175
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. New York, NY: International Universities.
- Wolf, E. J., Miller, M. W., Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Badour, C. L., Marx, B. P., ... Friedman, M. J. (2015). ICD-11 complex PTSD in U.S. national and veteran samples: Prevalence and structural associations with PTSD. *Clinical Psychological Science*, 3(2), 215-229. doi: 10.1177/2167702614545480
- Youngblade, L. M., & Dunn, J. (1995). Individual differences in young children's pretend play with mother and sibling: Links to relationships and understanding of other people's feelings and beliefs. *Child Development*, 66(5), 1472-1492.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., ... Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101-1106. doi: 10.1176/ajp.154.8.1101
- Zlotnick, C., Franklin, C. L., & Zimmerman, M. (2002). Is comorbidity of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder related to greater pathology and impairment? *The American Journal of Psychiatry*, 159(11), 1940-1943. doi: 10.1176/appi.ajp.159.11.1940
- Zlotnick, C., & Pearlstein, T. (1997). Validation of the structured interview for disorders of extreme stress. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 243-247. doi: 10.1016/S0010-440X(97)90033-X
- Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., & Simpson, E. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 12-16. doi: 10.1016/S0010-440X(96)90044-9
- Zlotnick, C., Shea, T. M., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, K., Begin, A., & Pearlstein, T. (1997). An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 425-436. doi: 10.1002/jts.2490100308

Appendice A

Complément d'informations concernant les divers types d'attachement

Tableau 3

Définition des divers types d'attachement selon les apports théoriques de Shaver, Mikulincer et Pereg

	Attachement sécure (B) (L'anxiété et l'évitement sont faibles)	Attachement anxieux (C) (L'anxiété est élevée et l'évitement est faible)	Attachement évitant (A) (L'anxiété est faible et l'évitement est élevé)	Attachement désorganisé (D)
Éthiologie	<ul style="list-style-type: none"> La disponibilité et la sensibilité de la figure d'attachement donnent lieu à la sécurité de l'attachement. Il en découle de récurrentes confirmations que la protection, le support et l'apaisement de la détresse résultent de la recherche de proximité. 	<ul style="list-style-type: none"> La non-disponibilité de la figure d'attachement donne lieu à l'insécurité de l'attachement. Description d'interactions contribuant à l'adoption de stratégies d'hyperactivation : <ul style="list-style-type: none"> (a) Un modèle compulsif de soins qui n'est pas relié aux demandes ou besoins d'aide de l'individu (b) L'intrusion des figures d'attachement entravant l'apprentissage de capacités autorégulatrices et punir la personne pour son engagement dans des activités orientées vers l'autonomie (c) Des messages implicites ou explicites de la part de la figure d'attachement qui mettent l'emphasis sur son impuissance, incompetence ou faiblesse 	<ul style="list-style-type: none"> La non-disponibilité de la figure d'attachement donne lieu à l'insécurité de l'attachement. Description d'interactions contribuant à l'adoption de stratégies de désactivation : <ul style="list-style-type: none"> (a) Constante inattention, rejet ou réponses de colère de la part de la figure d'attachement face à la recherche de proximité (b) Menaces de punitions lors des manifestations de comportements d'attachement (c) Expériences traumatiques / abusives lors de tentatives de recherche de proximité 	<ul style="list-style-type: none"> La non-disponibilité de la figure d'attachement donne lieu à l'insécurité de l'attachement. Description d'interactions contribuant à l'adoption de stratégies d'hyperactivation et de désactivation : <ul style="list-style-type: none"> (a) Le parent manifeste souvent des comportements menaçants ou effrayants pour l'enfant (hostile ou désengagé) (b) Peut être négligent ou violent à l'endroit de l'enfant (entre 55 et 85 % des enfants maltraités ont un attachement désorganisé)

Tableau 3 (suite)

Définition des divers types d'attachement selon les apports théoriques de Shaver, Mikulincer et Pereg

	Attachement sécure (B) (L'anxiété et l'évitement sont faibles)	Attachement anxieux (C) (L'anxiété est élevée et l'évitement est faible)	Attachement évitant (A) (L'anxiété est faible et l'évitement est élevé)	Attachement désorganisé (D)
Éthiologie (suite)		(d) Expériences traumatiques ou abusives rencontrées alors que l'individu était séparé de la figure d'attachement.	(d) Messages implicites ou explicites de la part de la figure d'attachement encourageant l'autosuffisance et interdisant de franches expressions de détresse et de vulnérabilité.	(c) Peut avoir des deuils ou traumatismes non-résolus (Main & Hesse, 1990).
Apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> Les individus sécures ont probablement appris durant leurs interactions positives avec les figures d'attachement que la reconnaissance et les manifestations de détresse engendraient des réponses positives de la part des autres. 	<ul style="list-style-type: none"> Les individus anxieux ont probablement appris, à cause de leur histoire d'attachement, de facteurs reliés au tempérament ou d'indices contextuels, que la recherche de la proximité était une stratégie viable ou essentielle. 	<ul style="list-style-type: none"> Les individus évitants ont probablement appris que la stratégie de régulation qu'est la recherche de proximité était peu probable d'apaiser la détresse. 	<ul style="list-style-type: none"> Les individus désorganisés ont probablement appris que la figure d'attachement est à la fois source de protection et source de danger (menace). Rôle central de la peur dans la désorganisation.

Tableau 3 (suite)

Définition des divers types d'attachement selon les apports théoriques de Shaver, Mikulincer et Pereg

	Attachement sécure (B) (L'anxiété et l'évitement sont faibles)	Attachement anxieux (C) (L'anxiété est élevée et l'évitement est faible)	Attachement évitant (A) (L'anxiété est faible et l'évitement est élevé)	Attachement désorganisé (D)
Apprentissage (suite)	<ul style="list-style-type: none"> Ils ont aussi appris que leurs propres actions sont souvent en mesure de réduire la détresse et de dissiper les problèmes et les obstacles et que la recherche de support des autres est un moyen d'adaptation efficace. 			<ul style="list-style-type: none"> Les enfants ayant subi de mauvais traitements ont appris que leurs parents ne seront pas convenablement réflexifs et sensibles ils ne développent alors pas un sentiment de sécurité en relation à leur monde interne (Sable, 1997).
MIO	<ul style="list-style-type: none"> Perception positive de soi en tant qu'être compétent, aimé et estimé. 	<ul style="list-style-type: none"> Perception de soi comme étant relativement sans défense et incompetent à réguler les affects. Ont un besoin intense de proximité, d'être accepté, supporté et réassuré. La perception des autres des gens anxieux pourrait être guidée par leur recherche de connectivité et pourrait être assimilée à leurs propres perceptions négatives d'eux-mêmes. 	<ul style="list-style-type: none"> Perception de soi comme étant autosuffisant. Sont inconfortables avec la proximité, le dévoilement de soi, les sentiments et l'expression de la vulnérabilité et de la dépendance. 	<ul style="list-style-type: none"> « La peur sans solution » (Main & Solomon, 1990). Sentiment d'impuissance dans leur tentative d'obtenir de l'assistance (absence de contrôle sur l'environnement et soi-même).

Tableau 3 (suite)

Définition des divers types d'attachement selon les apports théoriques de Shaver, Mikulincer et Pereg

	Attachement sécure (B) (L'anxiété et l'évitement sont faibles)	Attachement anxieux (C) (L'anxiété est élevée et l'évitement est faible)	Attachement évitant (A) (L'anxiété est faible et l'évitement est élevé)	Attachement désorganisé (D)
MIO (suite)		<ul style="list-style-type: none"> La perception des autres des gens anxieux serait influencée par la projection de leurs traits réels sur les autres (→ augmentation des similarités et du sentiment de proximité). <p><i>Identification projective (Klein, 1940)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> La perception des autres des gens évitants pourrait être guidée par leur préférence pour la distance et par un désir de se percevoir plus positivement que les autres. La perception des autres des gens évitants serait colorée par la projection défensive de leurs propres traits indésirables (→ augmentation de la différenciation et, par comparaison, de l'estime de soi). 	

Tableau 3 (suite)

Définition des divers types d'attachement selon les apports théoriques de Shaver, Mikulincer et Pereg

	Attachement sécure (B) (L'anxiété et l'évitement sont faibles)	Attachement anxieux (C) (L'anxiété est élevée et l'évitement est faible)	Attachement évitant (A) (L'anxiété est faible et l'évitement est élevé)	Attachement désorganisé (D)
Définition	<ul style="list-style-type: none"> • Un sentiment de sécurité d'attachement • Un état de confort avec la proximité et l'interdépendance • Le recours à la recherche de proximité et à d'autres stratégies constructives de gestion du stress. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un manque au plan de la sécurité d'attachement • Un fort désir de proximité, des inquiétudes à propos des relations interpersonnelles • Une peur d'être rejeté. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un manque au plan de la sécurité d'attachement • Une autonomie compulsive • Une préférence quant à la distanciation émotionnelle par rapport aux autres. <p>Rejetant-évitant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'anxiété est faible et l'évitement est élevé <p>Craintif-évitant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'anxiété et l'évitement sont élevés 	
Styles de stratégies et Objectifs régulateurs spécifiques	<p>Stratégies basées sur la sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Objectif # 1 : Apaiser la détresse et renforcer l'ajustement personnel à travers des mécanismes constructifs, flexibles et adaptés à la réalité 	<p>Stratégies d'hyperactivation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ces stratégies requièrent constamment de la vigilance, des préoccupations et des efforts jusqu'à ce que la figure d'attachement soit perçue comme étant disponible et qu'un sentiment de sécurité soit atteint 	<p>Stratégies de désactivation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La supputation que la stratégie de recherche de proximité est une option non viable peut résulter en désactivation de la recherche de proximité, inhibition de la quête de support et en tentatives de faire face, seul, à la détresse.) 	<p>Stratégies d'hyperactivation et de désactivation</p>

Tableau 3 (suite)

Définition des divers types d'attachement selon les apports théoriques de Shaver, Mikulincer et Pereg

	Attachement sécure (B) (L'anxiété et l'évitement sont faibles)	Attachement anxieux (C) (L'anxiété est élevée et l'évitement est faible)	Attachement évitant (A) (L'anxiété est faible et l'évitement est élevé)	Attachement désorganisé (D)
Styles de stratégies et Objectifs régulateurs spécifiques (suite)	<ul style="list-style-type: none"> La théorie des émotions positives généralisées (Fredrickson, 2001) Le but régulateur spécifique est d'apaiser la détresse, de construire les ressources de la personne et d'élargir ses perspectives Stratégies d'adaptation équilibrées. 	<ul style="list-style-type: none"> Ces stratégies traduisent une dépendance excessive au partenaire relationnel, comme source de protection Ces stratégies impliquent des trajectoires excitatrices qui augmentent la vigilance face aux menaces et face à la non-disponibilité de la figure d'attachement Stratégies d'adaptation centrée sur les émotions / Régulation interactive. 	<ul style="list-style-type: none"> L'objectif premier est de maintenir le système d'attachement désactivé afin d'éviter les frustrations et davantage de détresse causées par la non-disponibilité de la figure d'attachement Stratégies d'adaptation cognitives / Autorégulation. 	
Comportements	<p>Scénario de la base sécure</p> <ul style="list-style-type: none"> Reconnaissance et démonstration de la détresse Engagement prépondérant dans la résolution de problèmes 	<ul style="list-style-type: none"> Une forte approche orientée vers la figure d'attachement Des tentatives pour obtenir leur implication, leur attention et leur support à travers des réactions d'accrochage et de contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> Déni des besoins affectifs Évitement de la proximité, de l'intimité et de la dépendance dans les relations intimes Maximisation de la distance cognitive, émotionnelle et physique des autres 	<ul style="list-style-type: none"> Dans la Situation Étrange, les bébés désorganisés présentent des comportements désorganisés et/ou désorientés en présence du parent, tels que le fait de rester immobile

Tableau 3 (suite)

Définition des divers types d'attachement selon les apports théoriques de Shaver, Mikulincer et Pereg

	Attachement sécure (B) (L'anxiété et l'évitement sont faibles)	Attachement anxieux (C) (L'anxiété est élevée et l'évitement est faible)	Attachement évitant (A) (L'anxiété est faible et l'évitement est élevé)	Attachement désorganisé (D)
Comportements (suite)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherche de support. • Les gens sécures ont tendance à détenir des croyances positives et optimistes lorsqu'ils abordaient des situations menaçantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des efforts cognitifs et comportementaux orientés afin de réduire au minimum la distance avec les autres. • Les gens anxieux ont tendance à réagir aux situations menaçantes en se dévaluant et en percevant les autres comme similaires à soi (Stratégies d'hyperactivation – exagération de ses propres faiblesses tout en essayant de créer une illusion de connectivité entraîne une augmentation de la similarité aux autres). 	<ul style="list-style-type: none"> • Effort pour atteindre l'autonomie et l'indépendance. • Les gens évitants réagissent aux situations menaçantes en gonflant leurs perceptions positives d'eux-mêmes et en percevant les autres comme différents d'eux (Stratégies de désactivation – diminution des faiblesses entraîne « la grandiosité » et maximisation de la distance entraîne une sous-estimation des similarités avec les autres). 	<p>avec une expression de transe ou d'avoir des comportements contradictoires d'approche et de fuite (Main & Solomon, 1990)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vers 6 ans, ces enfants semblaient vouloir organiser le comportement de leur parent, en adoptant à son égard une attitude contrôlante (comportement punitif ou attitude protectrice) • Blocage et difficultés à échanger (Main & Cassidy, 1988).

Tableau 3 (suite)

Définition des divers types d'attachement selon les apports théoriques de Shaver, Mikulincer et Pereg

	Attachement sécure (B) (L'anxiété et l'évitement sont faibles)	Attachement anxieux (C) (L'anxiété est élevée et l'évitement est faible)	Attachement évitant (A) (L'anxiété est faible et l'évitement est élevé)	Attachement désorganisé (D)
Effets sur le développement	<ul style="list-style-type: none"> • La création de ressources chez la personne • L'élargissement des perspectives, des capacités et des aptitudes • L'activation d'autres systèmes tels que l'exploration, l'affiliation et la prestation de soins • Facilitent le développement de l'autonomie et de l'individualisation • Favorise l'autoactualisation • Plus empathiques face aux besoins des autres • Facteur de protection face à un diagnostic de l'axe I (Riggs & Jacobvitz, 2002). 	<ul style="list-style-type: none"> • De ces stratégies découle une tendance à détecter des menaces dans presque toutes les transactions avec le monde physique et social et à exagérer les conséquences potentiellement négatives de ces menaces • Elles intensifient également les réponses émotionnelles négatives aux événements menaçants et augmentent les ruminations à propos de préoccupations reliées aux menaces, ce qui les conserve actives dans la mémoire de travail • Puisque les signaux de non-disponibilité de la figure d'attachement et de rejet sont vus comme d'importantes menaces, les stratégies d'hyperactivation alimentent l'hypervigilance anxieuse au partenaire ainsi qu'une détection rapide des possibles signes de désapprobation, de diminution de l'intérêt ou d'abandon imminent 	<ul style="list-style-type: none"> • Avec la pratique et l'expérience, ces stratégies de désactivation s'élargissent souvent pour inclure la distanciation littérale et symbolique de soi par rapport à la détresse, qu'elle soit directement reliée à l'attachement ou pas • Cette distanciation implique une inattention active aux événements menaçants et aux vulnérabilités personnelles autant qu'à l'inhibition et la suppression de pensées et de souvenirs qui évoqueraient de la détresse et des sentiments de vulnérabilité • Stratégies préventives : elles évitent ou court-circuitent l'expérience de la vulnérabilité et de la détresse • Inattention motivée 	

Tableau 3 (suite)

Définition des divers types d'attachement selon les apports théoriques de Shaver, Mikulincer et Pereg

	Attachement sécure (B) (L'anxiété et l'évitement sont faibles)	Attachement anxieux (C) (L'anxiété est élevée et l'évitement est faible)	Attachement évitant (A) (L'anxiété est faible et l'évitement est élevé)	Attachement désorganisé (D)
Effets sur le développement (suite)		<ul style="list-style-type: none"> Ces stratégies produisent un cycle de détresse qui s'autoamplifie dans lequel l'activation chronique du système d'attachement interfère avec les engagements dans les activités non-relées à l'attachement et augmentent la probabilité que les nouvelles sources de détresse vont se confondre avec les anciennes, créant par conséquent une architecture mentale chaotique et indifférenciée. 	<ul style="list-style-type: none"> Stratégies « postemptives » : leur objectif est de minimiser les menaces et les vulnérabilités perçues qui ont déjà été encodées Suppression ou répression Ces stratégies favorisent également le désengagement par rapport aux activités qui sont difficiles ou constituent un défi et l'évitement de nouvelles informations, car les défis et la nouveauté peuvent être source de menace. 	
Études	<ul style="list-style-type: none"> Les stratégies de régulation affective s'accordent avec la réalité. Transiger de façon réaliste avec les demandes de l'environnement 	<p>Les études démontrent que l'anxiété de l'attachement est associée avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> l'exagération de l'estimation de la menace une perception négative de soi des croyances pessimistes et catastrophiques à propos des échanges sociaux et avec le monde. 	<p>L'évitement de l'attachement est associé avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> de faibles niveaux d'intimité et d'engagement émotionnel dans les relations intimes la suppression de pensées douloureuses 	

Tableau 3 (suite)

Définition des divers types d'attachement selon les apports théoriques de Shaver, Mikulincer et Pereg

	Attachement sécure (B) (L'anxiété et l'évitement sont faibles)	Attachement anxieux (C) (L'anxiété est élevée et l'évitement est faible)	Attachement évitant (A) (L'anxiété est faible et l'évitement est élevé)	Attachement désorganisé (D)
Études (suite)	<ul style="list-style-type: none"> • Les gens sécures s'avéraient systématiquement à évaluer un large éventail d'événements stressants en termes moins menaçants que les gens insécures, et de détenir des attentes plus optimistes à propos de leurs habiletés à s'adapter aux sources de détresse • Les individus sécures ont accès à des souvenirs émotionnels désagréables sans être submergés par ces derniers • Les gens sécures sont susceptibles de divulguer des informations personnelles et des sentiments dans la direction de proches significatifs et d'exprimer leurs émotions avec une relative ouverture 	<ul style="list-style-type: none"> • Les gens dont l'anxiété d'attachement est élevée ont tendance à réagir aux événements stressants avec une détresse intense et à ruminer des inquiétudes reliées à la menace. Ils ont également facilement accès à de douloureux souvenirs et exhibent une séquence automatique d'émotions négatives d'un incident, inscrit dans la mémoire, à l'autre • Les gens dont l'anxiété d'attachement est élevée ont tendance à réagir aux événements stressants avec une détresse intense et à ruminer des inquiétudes reliées à la menace. Ils ont également facilement accès à de douloureux souvenirs et exhibent une séquence automatique d'émotions négatives d'un incident, inscrit dans la mémoire, à l'autre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ la répression de souvenirs négatifs ▪ un manque d'accessibilité cognitive aux représentations négatives de soi ▪ une projection de leurs propres caractéristiques sur les autres ▪ l'échec de reconnaître les émotions négatives ▪ le déni des peurs de base. • De récentes études démontrent que des résultats élevés à l'évitement de l'attachement sont associés avec un manque d'accès aux inquiétudes reliées à l'attachement et avec la désactivation des représentations des figures d'attachement après des souvenirs de séparation. 	

Tableau 3 (suite)

Définition des divers types d'attachement selon les apports théoriques de Shaver, Mikulincer et Pereg

	Attachement sécure (B) (L'anxiété et l'évitement sont faibles)	Attachement anxieux (C) (L'anxiété est élevée et l'évitement est faible)	Attachement évitant (A) (L'anxiété est faible et l'évitement est élevé)	Attachement désorganisé (D)
Études (suite)	<ul style="list-style-type: none"> Le haut niveau de fonctionnement du système d'attachement des individus sécures rend moins nécessaires les manœuvres défensives qui faussent les perceptions et l'autoévaluation, et génèrent des réactions négatives face aux autres La sécurité de l'attachement favorise les réactions de compassion face aux besoins des autres ainsi qu'un désir élevé d'une immortalité symbolique Pour les individus sécures, devenir en colère semble généralement résulter en actions réparatrices de la part du transgresseur et en rétablissement de la relation / Une réaction de protestation fonctionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> De plus, leurs représentations des figures d'attachement et leurs inquiétudes liées à l'attachement sont activées même lorsqu'il n'y a aucune menace externe. 		

Tableau 3 (suite)

Définition des divers types d'attachement selon les apports théoriques de Shaver, Mikulincer et Pereg

Attachement ultérieur	Libre / Autonome (F)	Préoccupé (E)	Rejetant (D)	Irrésolu (U)
Mentalisation	<ul style="list-style-type: none"> L'adulte sécure aurait tendance à bien représenter l'état d'esprit de l'enfant avec suffisamment de « <i>marking</i> » pour favoriser le potentiel symbolique de l'échange. 	<ul style="list-style-type: none"> Il pourrait représenter l'état d'esprit de l'enfant avec amplification et insuffisamment de « <i>marking</i> », le représenter de manière à l'alourdir de ses préoccupations ambivalentes à propos de sa propre expérience, à un point tel que le potentiel symbolique de l'échange est perdu. 	<ul style="list-style-type: none"> Il pourrait essuyer un échec à refléter à l'enfant sa détresse dû à l'émergence de ses propres souvenirs douloureux ou parce qu'il ne possède pas la capacité de créer une image cohérente de l'état d'esprit de l'enfant. 	

Note. Tableau créé à partir des articles de Shaver et Mikulincer et Pereg (2002, 2003, 2005).

Appendice B

Critères diagnostiques proposés pour le TPL : un modèle alternatif

Personnalité limite

Critères diagnostiques proposés :

A. Altération d'intensité minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés caractéristiques dans au moins deux des quatre domaines suivants :

- (1) **Identité** : image de soi appauvrie de façon marquée, peu développée ou instable, souvent associée à une autocritique excessive, à des sentiments chroniques de vide et à des états dissociatifs sous l'influence de stress.
- (2) **Autodétermination** : Instabilité des objectifs, des aspirations, des valeurs ou des plans de carrière.
- (3) **Empathie** : Incapacité de reconnaître les sentiments et les besoins d'autrui associée à une hypersensibilité personnelle (c.-à-d., prêt à se sentir blessé ou insulté), perception d'autrui sélectivement biaisée vers des caractéristiques négatives et des fragilités ou « points faibles ».
- (4) **Intimité** : Relations proches intenses, instables et conflictuelles, avec manque de confiance, besoins affectifs excessifs et préoccupations anxieuses concernant un abandon réel ou imaginé; relations proches souvent extrêmes, soit idéalisées, soit dévalorisées, alternant entre implication excessive et retrait.

B. Au moins quatre des sept traits pathologiques de personnalité suivants, au moins l'un d'entre eux devant être : (5) impulsivité, (6) prise de risque ou (7) hostilité :

- (1) **Labilité émotionnelle** (un aspect de l'affectivité négative) : expériences émotionnelles instables ou changements d'humeur fréquents, émotions facilement réveillées, intenses et/ou hors de proportion avec les événements et les circonstances.
 - (2) **Tendance anxieuse** (un aspect de l'affectivité négative) : sentiments intenses de nervosité, tension ou panique, souvent en réaction à des stress interpersonnels, préoccupations par les effets négatifs d'expériences passées et d'éventualités futures négatives; se sentir craintif, inquiet, menacé par l'incertitude; peurs de s'effondrer ou de perdre le contrôle.
 - (3) **Insécurité liée à la séparation** (un aspect de l'affectivité négative) : peur d'être rejeté par des gens qui comptent ou d'être séparé d'eux, associée à des peurs d'une dépendance excessive et d'une perte complète d'autonomie.
 - (4) **Dépressivité** (un aspect de l'affectivité négative) : sentiments fréquents d'être au plus bas, misérable, sans espoir, difficultés à se remettre de tels états d'âme, pessimisme à propos du futur, sentiments envahissants de honte, sentiments d'infériorité, idées de suicide et conduite suicidaire.
-

-
- (5) **Impulsivité** (un aspect de la **désinhibition**) : agit sur un coup de tête en réponse à des stimuli immédiats, dans l'instant, sans plan ou considération pour les conséquences, difficulté à élaborer ou suivre des plans, vécu d'urgence et comportement d'autoagression dans les situations de détresse émotionnelle.
 - (6) **Prise de risque** (un aspect de la **désinhibition**) : engagement dans des activités dangereuses, risquées, potentiellement autodommageables et superflues, sans penser aux conséquences; ne se soucie pas de ses propres limitations et dénie la réalité d'un danger personnel.
 - (7) **Hostilité** (un aspect de l'**antagonisme**) : sentiments de colère persistants ou fréquents, colères ou irritabilité en réponse à des insultes et des affronts mineurs.

Spécifications. Des spécifications concernant les traits de personnalité et le niveau de fonctionnement de la personnalité peuvent être utilisées pour enregistrer des caractéristiques additionnelles de personnalité qui peuvent être présentes dans la personnalité limite, mais qui ne sont pas exigées pour le diagnostic. De plus, bien qu'une altération du fonctionnement de la personnalité d'intensité au minimum moyenne soit exigée pour le diagnostic de personnalité limite, le niveau de fonctionnement de la personnalité peut aussi être spécifié.
